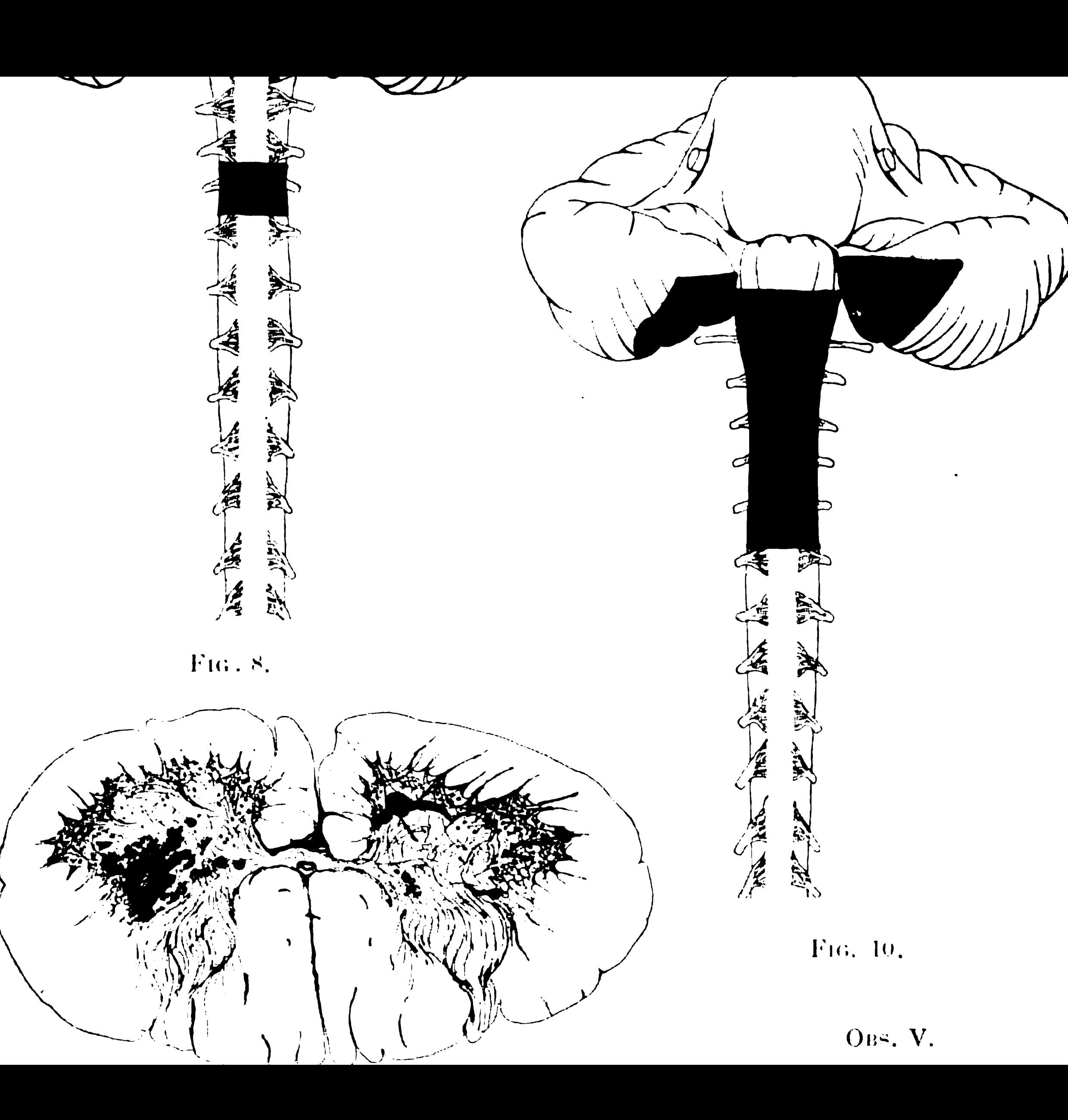
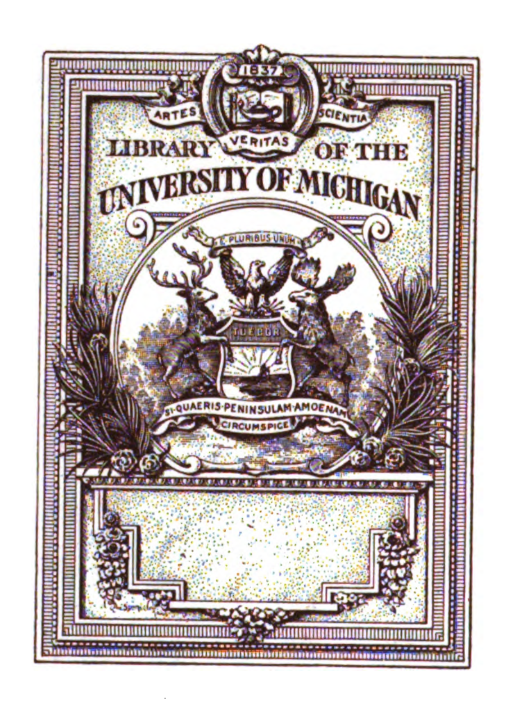
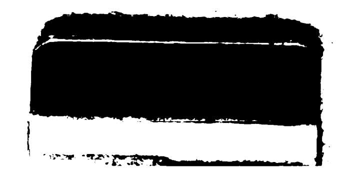


Annales de gynécologie et d'obstétrique


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI·QUAERIS·PENINSULAM·AMOENAM
CIRCUMSPICE



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

DEUXIÈME SÉRIE — TOME IV

584

Les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* ont été fondées en 1873 par PAJOT, COURTY, GALLARD et Alb. LEBLOND. — Elles sont donc actuellement dans leur 35e année. Les *Annales* paraissent chaque mois, par fascicule d'au moins 64 pages, et forment, chaque année, un volume d'environ 800 pages. — Le 1er numéro de chaque trimestre contient un index bibliographique, dont les matières sont classées méthodiquement en paragraphes, de façon à faciliter les recherches.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

POUR PARIS, **18** FR. — POUR LES DÉPARTEMENTS, **20** FR.
POUR L'UNION POSTALE, **22** FR.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* :

A M. le Dr **Hartmann**, 4, place Malesherbes, pour la *partie gynécologique* ; à M. le Dr **Couvolaire**, 29, rue Pierre-Charron, pour la *partie obstétricale* ; — ou aux bureaux du journal chez l'éditeur.

ANNALES
DE
GYNÉCOLOGIE
ET
D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE MM.

PINARD, TERRIER, SEGOND

Rédacteurs en chef :

H. HARTMANN ET A. COUVELAIRE

Secrétaire de la Rédaction :

Dr R. LABUSQUIÈRE

DEUXIÈME SÉRIE — TOME IV

Contenant les travaux de

ABADIE, AUDEBERT, BOURCART, CANTON, CHAUVEL, COUVELAIRE, DELANGLADE, DIEULAFÉ, DOLÉRIS, FOURNIER, FRUHINSHOLZ, GACHE, GUERDJIKOFF, HARTMANN, IVANOFF, LABUSQUIÈRE, LECÈNE, LEGUEU, LEJARS, LIVON, MANTEL, MERCADÉ, MÉRIEL, MICHEL, MORESTIN, OUI, PIERI, PINARD, QUEIREL, ROULLAND, TRILLAT, TURENNE, VENOT, VIOLET, ZWEIFEL

1907

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 6e

LA TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE ET STÉNOSANTE DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME

Par **HENRI HARTMANN**.

Confondue autrefois avec une série d'autres affections, la tuberculose hypertrophique et sténosante des canaux muqueux voit son domaine s'étendre progressivement. Dès 1891, avec notre regretté ami Pilliet, nous avons établi qu'il fallait distraire du cadre des néoplasmes, avec lesquels elles étaient confondues jusque-là, un certain nombre de lésions intestinales relevant en réalité de la tuberculose, et nous avons décrit, sous le nom de typhlite tuberculeuse simulant les néoplasmes (1), une altération des parois du cæcum, dont l'existence a été ensuite confirmée par une série d'autres observateurs sous les noms de tumeur cæcale tuberculeuse, tuberculome hypertrophique, tuberculose hyperplastique, forme néoplasique ou pseudo-néoplasique de la tuberculose cæcale, etc.

En 1894, Sourdille a montré que certains rétrécissements du rectum, dits syphilitiques, relevaient en réalité de la tuberculose, ce que nous avons pu vérifier, après lui, dans un certain nombre de cas (2).

Aujourd'hui nous venons apporter une observation nouvelle de *tuberculose hypertrophique et sténosante*, nous montrant l'existence de la même lésion *au niveau de l'urèthre féminin.*

Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui se présenta à notre consultation parce qu'elle avait des envies continuelles d'uriner et qu'elle n'arrivait à vider la vessie qu'avec des efforts et des douleurs considérables.

Le début de l'affection remontait à 6 ans ; à cette époque, éprouvant des troubles de la miction, elle consulta un médecin, qui diagnostiqua un polype de l'urèthre et l'enleva après anesthésie locale à la cocaïne ; l'opération ne fut suivie d'aucune modification dans les symptômes. Depuis cette époque la malade a subi, à Paris et à Vienne, une

(1) HARTMANN et PILLIET, Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1891, p. 471.

(2) SOURDILLE, in HARTMANN et QUÉNU, *Chirurgie du rectum*, Paris, G. Steinheil, 1895, t. I, p. 277.

série de traitements, les uns purement médicaux, les autres consistant dans le passage de bougies, sans jamais éprouver d'amélioration dans son état. Bien au contraire, la maladie alla progressivement en s'aggravant, en particulier depuis deux ans.

Dans ces derniers temps les mictions sont devenues plus fréquentes, jusqu'à 12 fois par nuit; elles sont douloureuses pendant l'émission, la douleur cessant dès que l'urine est évacuée.

A la place du méat on voit une sorte de crête charnue, débordant les petites lèvres et mesurant environ 2 centimètres de hauteur; la muqueuse, à son niveau, a une couleur grisâtre, très légèrement rosée; elle est épaisse, d'apparence scléro-œdémateuse; une fente d'environ 1 centimètre de haut, située vers la partie moyenne du repli, représente l'orifice uréthral. Lorsqu'on l'étale, cette crête se déplisse et prend la forme évasée d'un pavillon de trompette. Il n'existe pas d'induration de l'urèthre au-delà. Tous les explorateurs et bougies sont arrêtés à 2 centimètres en arrière de l'orifice. Les urines sont claires; rien de particulier du côté de l'appareil génital. Il est évident que nous nous trouvons en présence d'un rétrécissement serré du canal, avec infiltration d'apparence scléro-œdémateuse sous-jacente. L'ensemble des symptômes nous fait penser à la possibilité d'une lésion analogue à celle du rétrécissement tuberculeux ano-rectal.

A l'appui de cette hypothèse, nous notons que le père est mort de tuberculose pulmonaire, qu'un frère a été atteint de mal de Pott. La malade semble, il est vrai, dans un état de santé générale parfait et ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire, mais elle a été traitée pendant longtemps pour de l'anémie, elle a eu, il y a 6 à 7 ans, un amaigrissement temporaire notable et a été à cette époque traitée pour une bronchite assez rebelle; depuis lors, elle tousse facilement chaque hiver.

Le 6 octobre 1906, après anesthésie, nous fendons sur la ligne médiane, en haut et en bas, la partie terminale de l'urèthre évasée en pavillon de trompette, et voyons alors, au fond de cette sorte d'entonnoir, un petit orifice punctiforme, dont le calibre correspond assez exactement aux dimensions d'un stylet de trousse.

Nous débridons ce point qui correspond à un rétrécissement très limité, à peine long de 4 millimètres, et trouvons en arrière un urèthre de calibre normal.

Étant donné notre diagnostic de tuberculose hypertrophique et sté-

nosante, nous excisons toute la partie antérieure du canal et terminons l'opération par une suture de la muqueuse uréthrale à celle des parties entourant le nouveau méat, affrontant avec des catguts 00 la muqueuse de l'urèthre en bas à celle du vagin, latéralement et en haut à celle du vestibule.

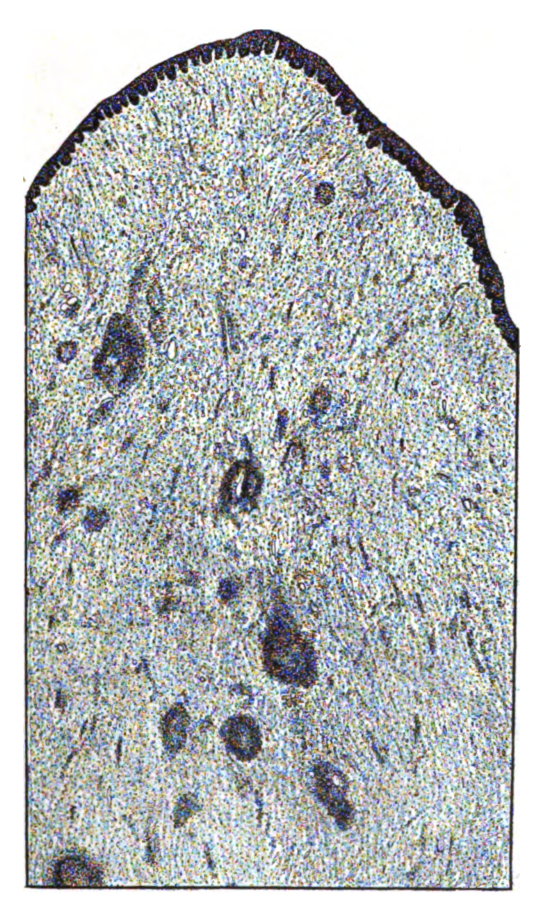


Fig. 1. — Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urèthre (Préparation de M. Lecène) (faible grossissement). En haut, l'épithélium uréthral est conservé et nullement altéré; au-dessous, dans le tissu conjonctif sous-muqueux très épaissi et sclérosé, on trouve, disséminés çà et là, des nodules, dont il est impossible d'étudier les caractères à ce faible grossissement.

Pansement à la gaze boriquée humide, pas de sonde à demeure.

Dès le lendemain, la malade nous dit avoir uriné normalement et sans douleur, comme elle ne l'avait pas fait depuis des années. La guérison est obtenue sans incidents, et 10 jours après la malade quitte l'hôpital.

Aujourd'hui elle continue à se trouver très bien, le méat a un aspect

normal ; l'urèthre, libre à l'explorateur 26, a une longueur de 4 centimètres (4 janvier).

L'examen de la pièce a confirmé notre diagnostic, comme le montre la note que nous a remise notre assistant, M. Lecène :

« L'épithélium uréthral est conservé et ne présente que des lésions insignifiantes ; il est légèrement proliféré et son épaisseur totale est plus considérable que la normale.

« Le tissu cellulaire sous-muqueux est énormément épaissi et œdé-

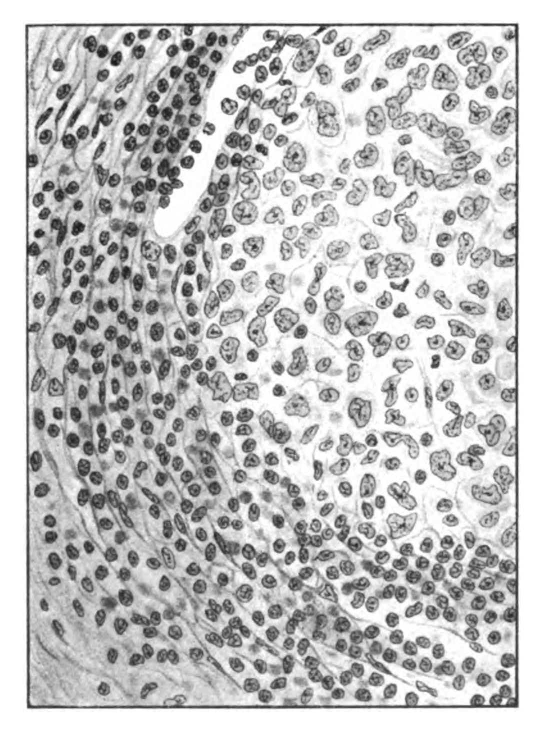


Fig. 2. — Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urèthre (Préparation de M. Lecène) (fort grossissement, 450/1). En ce point, correspondant à un des nodules sous-muqueux de la figure 1, on voit, en bas et à gauche, une infiltration lymphocytaire abondante ; à droite et en haut, nombreuses cellules épithélioïdes, dont quelques-unes tendent à se fusionner et à se disposer en croissant, ébauchantune cellule géante.

matié ; les vaisseaux sont dilatés et entourés d'un manchon de cellules embryonnaires. De place en place on trouve, au milieu de ce tissu conjonctif enflammé, des follicules tuberculeux, constitués surtout par des amas plus ou moins volumineux de cellules rondes, présentant tous les caractères des lymphocytes ; au centre des amas de lymphocytes on trouve des cellules polyédriques à protoplasma granuleux, à noyau

volumineux, présentant les caractères des cellules dites épithélioïdes. En aucun point il n'existe de cellules géantes typiques ; mais souvent deux ou trois cellules épithélioïdes se réunissent et ébauchent ainsi des cellules géantes. Ces follicules tuberculeux ressemblent tout à fait à ceux que l'on trouve dans les tuberculoses cutanées et sous-cutanées à évolution lente, telles que certains lupus et surtout les sarcoïdes de Boeck, étudiés récemment par Darier.

« L'examen des coupes, traitées par la méthode de Levaditi, n'a pas permis de trouver de spirochaetes de Schaudinn. De même la recherche des bacilles de Koch sur les coupes a été négative ; mais ce caractère négatif ne prouve rien, car la présence de bacilles est d'une extrême rareté dans les tuberculoses cutanées du type sarcoïde (Darier). Il est probable que ces lésions tuberculeuses atténuées sont de nature toxinienne, comme le prouve l'expérimentation au moyen des toxines tuberculeuses à action locale de Auclair (Darier). »

Un cobaye a été inoculé avec un petit fragment de l'urèthre excisé. Au niveau du point d'inoculation s'est développée une ulcération chancriforme, qui s'est cicatrisée au bout d'une quinzaine de jours, laissant une cicatrice étoilée. L'animal a ensuite maigri progressivement. Nous l'avons sacrifié le 6 janvier et, à l'autopsie, nous avons trouvé une tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques. Les résultats de l'inoculation ont donc été ceux qu'on observe dans les tuberculoses cutanées à évolution lente, où l'on ne trouve que très exceptionnellement une tuberculose viscérale généralisée, et où tout se borne, comme dans notre observation, à une tuberculose partielle, trachéo-bronchique dans le cas particulier.

Cette observation nous a paru doublement intéressante :

1° Parce qu'elle nous montre l'existence, en dehors de tout processus cicatriciel, d'un rétrécissement serré de l'urèthre féminin ;

2° Parce qu'elle établit l'existence, au niveau de celui-ci, de cette forme spéciale de tuberculose hypertrophique et sténosante, sorte de tuberculose atténuée, que nous avions déjà comparée, il y a 15 ans, à certaines formes de lupus, lors de nos premières études sur la tuberculose hypertrophique du cæcum.

Les rétrécissements de l'urèthre féminin, les cicatrices mises à part, sont exceptionnels ; bon nombre des observations publiées par

Genouville (1) et par Pasteau (2) sont, comme l'ont montré Imbert et Soubeyran (3), sujettes à discussion. Bien souvent, on a décrit comme rétrécissements de l'urèthre des uréthrites proliférantes, où le calibre de l'urèthre est diminué par suite de la présence de végétations, mais où l'on ne peut pas dire qu'il y ait rétrécissement au sens propre du mot. A ce titre seul notre observation méritait d'être publiée ; elle le mérite encore plus, étant donnée sa nature tuberculeuse, car c'est, croyons-nous, le premier cas connu de cette forme spéciale de tuberculose uréthrale (4). L'avenir nous dira s'il en sera de ces rétrécissements tuberculeux de l'urèthre comme de ceux du cæcum, dont la fréquence s'est multipliée depuis que nous avons appelé sur eux l'attention.

---

(1) Genouville, Du rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre chez la femme. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1892, p. 832 et 925.

(2) Pasteau, Étude sur le rétrécissement de l'urèthre de la femme. *Ibid.*, 1897, p. 799, 968 et 1062.

(3) Imbert et Soubeyran, Le rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre chez la femme. *Ibid.*, 1901, p. 1409.

(4) Nous ne parlons ici que de la tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urèthre, les autres lésions tuberculeuses du canal ayant fait l'objet d'une série de travaux qu'on trouve résumés dans Ahrens (Die Tuberkulose der Harnröhre. *Beitr. z. klin. Chir.*, Tubingen, t. VIII); dans Bérard et Trillat (Des tuberculoses uréthrales et péri-uréthrales. *Bulletin médical*, Paris, 1901, p. 737); dans Perge (*Contribution à l'étude des rétrécissements de l'urèthre d'origine tuberculeuse.* Thèse de Lyon, 1901-1902, n° 78).

CLINIQUE BAUDELOCQUE. LABORATOIRE DU PROFESSEUR A. PINARD

HÉMORRAGIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL DES NOUVEAU-NÉS DANS LES ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR LE FORCEPS

Par **A. COUVELAIRE.**

Dans une note résumant des recherches entreprises à l'instigation du professeur Pinard (1) et poursuivies de 1901 à 1903, j'ai essayé de montrer la fréquence des hémorragies infiltrant la substance nerveuse, particulièrement la moelle cervicale, chez les enfants morts à la suite d'un accouchement difficile (forceps, compression du cordon, extraction du siège).

J'ai, de plus, insisté sur leur localisation et leur topographie, les opposant aux foyers hémorragiques cérébraux, qui, d'après les résultats bruts d'une première série de 51 autopsies, paraissaient être l'apanage des prématurés débiles, morts plusieurs jours ou plusieurs semaines après une naissance spontanée et facile.

L'étude d'une nouvelle série d'autopsies qui, jointes aux premières, forment un total de 213 (macérés et monstres mis à part), me permet de confirmer et de compléter cette notion étiologique et anatomique.

Après avoir montré la place qui doit être faite aux accouchements laborieux dans l'étiologie des hémorragies du névraxe des nouveau-nés, je désire étudier spécialement aujourd'hui les lésions consécutives aux applications du forceps.

*
* *

Les 213 nouveau-nés, autopsiés à la clinique Baudelocque depuis

(1) Hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés, dans leurs rapports avec la naissance prématurée et l'accouchement laborieux. *Société de biologie*, 28 mars 1903, et *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1903.



4 ans, suivant une technique appropriée à l'étude des lésions du système nerveux central (1), peuvent être, au point de vue de leur poids de naissance, sinon de leur degré rigoureusement exact de maturation, répartis de la façon suivante :

I de 1.100 à 2.000 grammes	II de 2.000 à 2.500 grammes	III de 2.500 à 3.000 grammes	IV plus de 3.000 grammes
76	**24**	**43**	**70**

Ces divisions semblent arbitraires, mais n'en répondent pas moins à des catégories cliniques. On ne saurait nier que les nouveau-nés du groupe I soient des prématurés débiles, tandis que les nouveau-nés du groupe IV sont nés au voisinage du terme ou à terme. Or, en l'espèce, cela suffit à la démonstration des faits que j'apporte.

En effet, si l'on met à part les 43 enfants du groupe III qui ne présentaient pas de lésions hémorragiques de la substance nerveuse, on se trouve en présence des faits suivants :

a) Les hémorragies médullaires et bulbaires, avec ou sans association d'hémorragies cérébelleuses sont l'apanage exclusif du groupe IV et ont toutes été observées à la suite d'un *accouchement difficile* (9 observations : 6 forceps, 1 extraction du siège, 2 compressions du cordon).

b) Les foyers hémorragiques cérébraux ont été observés chez 18 enfants des groupes I et II, appartenant pour la plupart au groupe I (15 cas). Ainsi, à l'autopsie des *prématurés débiles* ayant vécu de 1 jour à quelques semaines, on trouve des lésions hémorragiques intra-cérébrales dans la proportion de 18 p. 100 des cas, proportion qui, pour les prématurés de moins de 2.000 grammes, s'élève à près de 20 p. 100. Ces lésions siègent soit au niveau des circonvolutions, soit plus souvent dans le territoire de la veine striée, sur le flanc externe des ventricules latéraux. Cette dernière localisation est d'une fréquence qui mérite d'être signalée. L'étude de ces foyers hémorragiques et de leur pathogénie fera l'objet d'un travail ultérieur.

---

(1) L'étude systématique des centres nerveux des nouveau-nés, *après durcissement en masse par le formol*, ne présente aucune difficulté technique. Il est bon de retirer d'abord les hémisphères cérébraux, puis en bloc le cervelet, la protubérance, le bulbe et la moelle. On assure ainsi l'intégrité de la région bulbo-médullaire, si souvent sacrifiée dans les autopsies de nouveau-nés.

Un seul enfant du groupe IV présentait une hémorragie cérébrale, mais ce cas doit être mis à part, car il s'agissait d'une attrition directe de la substance cérébrale, au niveau d'une fracture du parietal compliquée d'éclatement de la suture sagittale, produite par le forceps appliqué sur la tête d'un enfant de 3.550 grammes.

*
* *

Des 10 observations d'hémorragies du névraxe consécutives à l'accouchement difficile, 7 ont trait à des *applications de forceps.* Ce sont elles que je vais étudier.

Il semble, d'après cette série d'observations, que les hémorragies du névraxe consécutives aux applications du forceps soient essentiellement des *hémorragies bulbo-médullaires*, auxquelles peuvent être associées des hémorragies *cérébelleuses.*

La *substance cérébrale* reste indemne chez ces fœtus arrivés au terme de leur développement intra-utérin, sauf dans les cas — devenus exceptionnels — *d'attrition directe.*

Ce sont ces lésions que je désire mettre en lumière, laissant de côté les hémorragies méningées (péri-cérébrales, péri-cérébelleuses ou périmédullaires) fréquentes et bien connues, au moins dans leurs modalités habituelles.

1er GROUPE. — Hémorragies bulbo-médullaires.

Au point de vue de leur étiologie obstétricale, les 6 cas qui constituent ce groupe peuvent être répartis de la façon suivante :

Forceps	Résistance osseuse (rétrécissement du bassin) .	4 cas
	Résistance du segment inférieur et du col insuffisamment dilatés.	1 cas
	Résistance périnéale	1 cas

La fréquence relative des lésions bulbo-médullaires chez les enfants morts à la suite des applications de forceps serait assez grande, puisque, en 4 ans, à la Clinique Baudelocque, sur 17 observations de nouveau-nés morts pendant ou après l'extraction par forceps, se décomposant en :



7 applications hautes, dont 6 dans des bassins petits,
10 applications sur la tête engagée à fond, dont 2 dans des bassins petits,

je relève 6 cas de lésions bulbo-médullaires, avec dans 1 cas coexistence de lésions du cervelet (1).

Sur ces 6 observations, 5 concernent des applications de forceps laborieuses, sur des têtes dont les deux bosses pariétales n'avaient pas franchi le détroit supérieur du bassin, légèrement rétréci d'ailleurs dans 4 de ces 5 cas.

La dernière doit être mise en part : application de forceps facile sur la tête engagée à fond, n'ayant eu à vaincre que la simple et banale résistance des parties molles périnéales.

A. — Voici d'abord, résumés dans un tableau d'ensemble, les 5 cas d'applications laborieuses du forceps (tableau I).

Le forceps, en raison même des conditions mécaniques de son application, n'a entraîné la tête de ces enfants qu'au prix d'une réduction, involontairement mais fatalement brutale, de la boîte crânienne, soumise à une pression dont les expériences dynamométriques de Farabeuf ont démontré l'intensité. Deux fois, il fallut appliquer à deux reprises le forceps de Tarnier. La durée des tractions fut de 5, 7, 20, 30, 40 minutes. Le diamètre bipariétal de ces têtes était de : 9 cm. 3, 9 cm. 3, 9 cm. 6, 9 cm. 7, 10 cm. 2. Un des enfants avait une dépression en gouttière du frontal gauche, vraisemblablement produite par le promontoire saillant du bassin déformé par le rachitisme. Un autre avait un éclatement de la suture sagittale, résultat d'une compression bipariétale excessive.

Les effets de cette compression instrumentale portent, comme dans les expériences faites jadis par Duret sur les animaux adultes, à distance du point d'application de l'agent de compression. Dans l'espèce, c'est au niveau de la moelle cervicale et du bulbe que se produit la répercussion de la compression crânienne.

Je n'apporterai aucune hypothèse nouvelle sur le mécanisme de

(1) Je n'ai retrouvé dans la littérature médicale que 3 observations analogues : 1 observation de Jacquet (note sur quelques lésions microscopiques produites chez un fœtus par le forceps, in *Lyon médical*, 1873, t. XII, n° 9, p. 576) ; — 1 de Schultze (Ueber Befunde von Hæmatomyelie und Oblongatablutung mit Spaltbildung bei Dystokien, in *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1896, Bd. VIII, p. 1) ; — 1 de d'Herbécourt (Sur un cas d'hématomyélie observé chez un nouveau-né. *Journal de médecine de Paris*, 19 juin 1898, p. 314). (Voir la note, p. 5.)
Cette rareté apparente tient, sans doute, à la rareté des autopsies complètes.

TABLEAU I

I	IIpare (1er acc. prématuré à 7 mois). Accouchement accéléré pour vider l'utérus avant d'extirper par laparotomie un hydrosalpinx à pédicule tordu (Temp. 36°,6). Bassin spacieux.	Dilatation manuelle sous chloroforme (20 minutes). 2 applications de forceps sur la tête fixée au détroit supérieur en OIDT. Résistance du segment inférieur et du col rétractés sur la tête ; 40 minutes de traction.	Enfant de 3.100 grammes. Bipariétal : 9 cm. 3. Mort apparente, non ranimé ; mort 30 minutes après l'extraction.
II	Ipare. Mal de Pott lombaire datant de la première enfance.	Durée du travail : 44 heures. Période d'expulsion : 7 heures. Forceps sur tête inclinée sur son pariétal antérieur, fixée au détroit supérieur en OIDT ; 30 minutes de traction.	Enfant de 3.600 grammes. Bipariétal : 9 cm. 3. Mort apparente ; non ranimé.
III	Ipare. Bassin légèrement aplati.	Durée du travail : 25 heures. Période d'expulsion : 2 heures. Forceps sur tête fixée au détroit supérieur en OIGT ; 2 applications de forceps ; 20 minutes de traction. Ressaut brusque au moment de l'engagement.	Enfant de 3.300 grammes. Bipariétal : 9 cm. 6. Mort quelques instants après la naissance. Dépression en gouttière du frontal gauche.
IV	Vpare 1er acc. à terme, forceps (enfant mort) ; 2 acc. spontanés à terme (enfant vivant) ; 1 acc. prématuré (enfant mort 24 heures après la naissance). Bassin aplati : Pr. sous-pubien, 10 cm. 3.	Durée du travail : 11 heures. Période d'expulsion : 5 h. 30. Forceps sur tête mal fléchie fixée au détroit supérieur en OIDT ; 5 minutes de traction.	Enfant de 3.700 grammes. Bipariétal : 9 cm. 7. Mort apparente, crie 2 heures après la naissance ; mort 12 heures après.
V	IIpare (1er acc. prématuré à 7 mois ; enfant vivant). Bassin aplati: Pr. sous-pubien, 10 cm. 5.	Durée du travail : 26 heures 45. Période d'expulsion : 2 h. 45. Forceps sur tête fixée au détroit supérieur en OIGT ; 7 minutes de traction.	Enfant de 3.600 grammes. Bipariétal : 10 cm. 2. Mort apparente, non ranimé ; mort 1 h. 15 après la naissance. Éclatement de la suture sagittale et de la suture occipito-pariétale droite.

ces lésions, observées dans 5 cas qu'une étiologie commune permet de grouper. J'insisterai seulement sur leurs caractères essentiels (1) :

1° Leur localisation *à distance de la région comprimée* ;

(1) Dans l'observation de Jacquet, « les hématomes microscopiques » siégaient presque exclusivement dans la substance blanche.

Dans le cas de Schultze, l'enfant avait été extrait par version, après tentatives infruc-

2° Leur siège habituel, à savoir la *moelle cervicale* et le *bulbe ;*

3° Leur topographie intra-médullaire : les foyers hémorragiques multiples et bilatéraux sont disséminés dans la *substance grise*, aussi bien dans les cornes antérieures que dans les postérieures ; souvent le foyer le plus important occupe la zone intermédiaire, en arrière de la corne antérieure. L'hémorragie de cette dernière région a tendance à fuser *vers le cordon latéral* sur le flanc interne du faisceau pyramidal. Le canal central contient rarement du sang. Dans un cas, le quatrième ventricule, dont la paroi postéro-inférieure était effondrée, était rempli par un véritable hématome.

Les séries de figures ci-jointes, accompagnées de leurs légendes, sont suffisamment expressives pour fixer ces caractères topographiques.

4° L'absence de toute altération histologique des parois vasculaires chez ces nouveau-nés, sains et à terme, victimes des mauvaises conditions mécaniques de leur extraction par le forceps.

B. — Une des 6 observations de lésion bulbo-médullaire consécutive à une application de forceps a été volontairement mise à part. C'est qu'en effet si le bulbe du nouveau-né, victime apparente du forceps, porte bien la marque de la compression crânienne instrumentale, on ne saurait rendre le forceps seul responsable de ces hémorragies bulbaires.

Il s'agissait d'une application de forceps sur la tête profondément engagée dans un bassin spacieux, application simple, habituellement peu meurtrière, imposée dans l'espèce par une modification des bruits du cœur du fœtus. Ce sont là des conditions cliniques qui contrastent avec celles des 5 cas précédents.

Le fœtus vivant au moment de l'application (le chef de clinique, mon collègue Delestre, a pris soin d'ausculter à ce moment le cœur fœtal et a consigné sur l'observation le résultat positif de son auscultation), extrait rapidement, sans difficulté apparente, est venu au monde *mort* et en état de *rigidité cadavérique*. La mort a été presque instantanée.

---

tueuses d'application de forceps (bassin rétréci). Dans le cas de d'Herbécourt, l'enfant n'avait été extrait qu'après trois applications de forceps, dont deux avec dérapements. Dans les 2 cas de Schultze et de d'Herbécourt, la topographie intra-médullaire des lésions était superposable à celle que j'ai observée ; mais si dans le second la lésion était limitée à la moelle cervicale, elle s'étendait à toute la moelle dorsale dans le premier (forceps, puis version). Au point de vue pathogénique, d'Herbécourt, en dehors du traumatisme produit par trois applications successives de forceps, dont deux avec dérapements, admet comme cause de ces hémorragies une lésion vasculaire préexistante, légère tendo-périartérite histologiquement constatée sur quelques vaisseaux de la moelle. C'est à un fait qui doit être rapproché du cas que j'ai mis à part dans le paragraphe B.

Obs. I.

Forceps (tête fixée au détroit supérieur d'un bassin spacieux, résistance du segment inférieur et du col insuffisamment dilatés). Poids de l'enfant : 3.100 grammes. Diamètre bipariétal : 9 cm. 3.

Foyers hémorragiques bilatéraux dans la moelle cervicale sur une hauteur de 22 millimètres entre la partie inférieure du bulbe et la 6e cervicale (fig. 1, 2, 3). Hémorragie dans la cavité arachnoïde péri-cérébrale et péri-cérébelleuse.

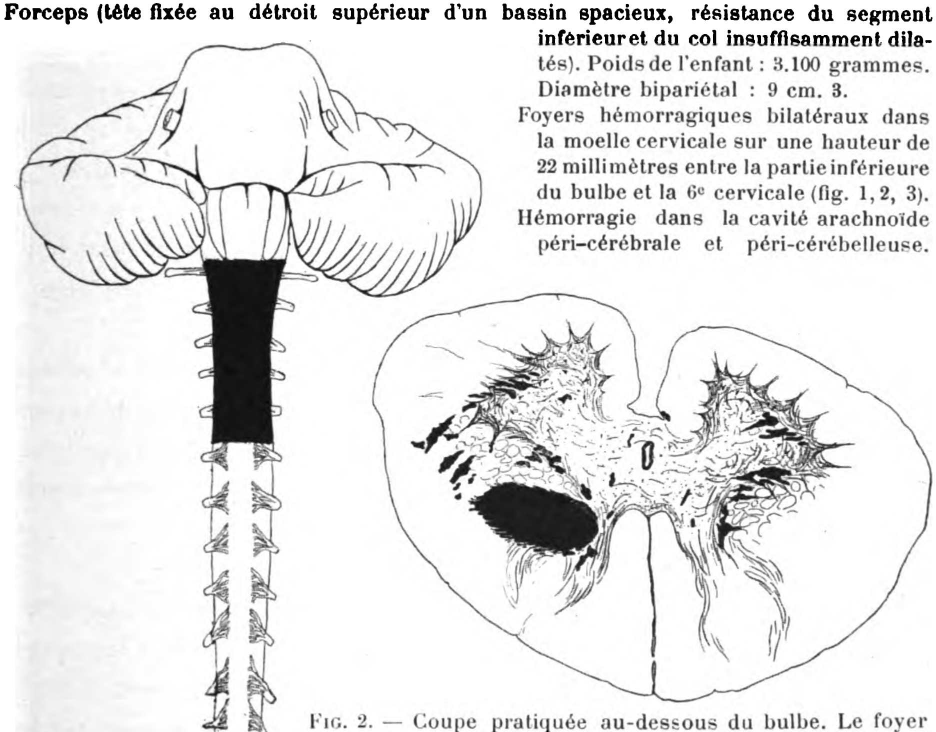


Fig. 1.

Fig. 2. — Coupe pratiquée au-dessous du bulbe. Le foyer hémorragique maximum est à gauche. Il envahit le cordon latéral. Pas de sang dans le canal central.

Suffusions sanguines au niveau de la méninge molle des hémisphères cérébraux et cérébelleux, surtout au niveau de la scissure de Sylvius et autour des pédoncules cérébraux. Pas d'hémorragie dans le cerveau, ni dans le cervelet. Pas d'hémorragie dans la cavité arachnoïdienne péri-médullaire ; quelques suffusions sanguines dans la méninge molle médullaire, prédominantes dans les régions dorsale supérieure et lombaire. Pas de sang dans les ventricules.



Fig. 3. — Coupe au voisinage de la 5e cervicale. Foyers multiples disséminés dans la substance grise. Le foyer maximum est à gauche, sur le flanc du cordon latéral. Il n'y a pas de sang dans le canal central.

Obs. II.

Forceps (tête inclinée sur son pariétal antérieur, fixée au détroit supérieur d'un bassin cyphotique). Poids de l'enfant : 3.600 grammés. Diamètre bipariétal : 9 cm. 3.

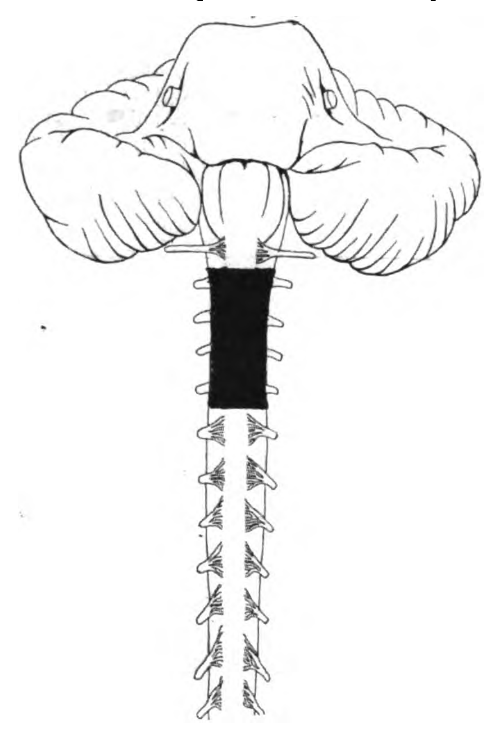


Fig. 4.

Foyers hémorragiques bilatéraux dans la moelle cervicale sur une hauteur de 17 millimètres entre les 2e et 5e racines (fig. 4 et 5).

Hémorragie considérable dans la cavité arachnoïdienne collectée dans les fosses cérébrales postérieures, autour du cervelet et du bulbe. Suffusions sanguines diffuses dans la méninge molle péri-cérébrale, plus accentuées autour du cervelet, légères autour de la moelle. Pas de sang dans les ventricules.

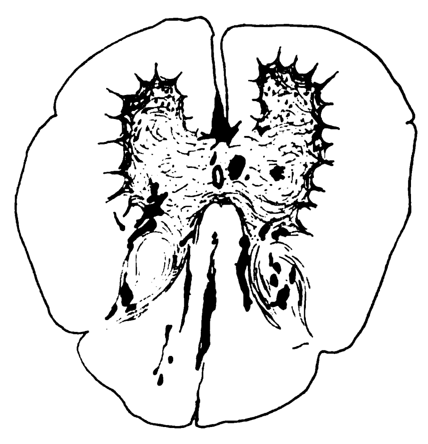


Fig. 5. — **Coupe au niveau de la 8e cervicale. Foyers hémorragiques bilatéraux disséminés dans la substance grise. Pas de sang dans le canal central.**

Obs. III.

Forceps (tête fixée au détroit supérieur légèrement rétréci). Poids de l'enfant : 3.330 gr. Diamètre bipariétal : 9 cm. 6.

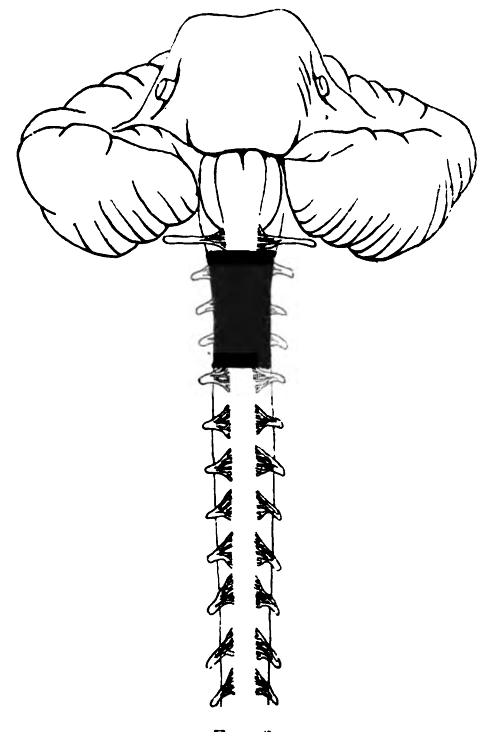


Fig. 6.

Foyers hémorragiques bilatéraux dans la moelle cervicale sur une hauteur de 15 millimètres entre la 2e et la 5e racine cervicale (fig. 6 et 7).

Dépression en gouttière du frontal gauche. Hémorragie dans la cavité arachnoïdienne, autour des hémisphères cérébraux, du cervelet et de la moelle. Légères suffusions sanguines disséminées dans la méninge molle péri-cérébrale, péri-cérébelleuse, péri-médullaire. Pas de sang dans les ventricules.

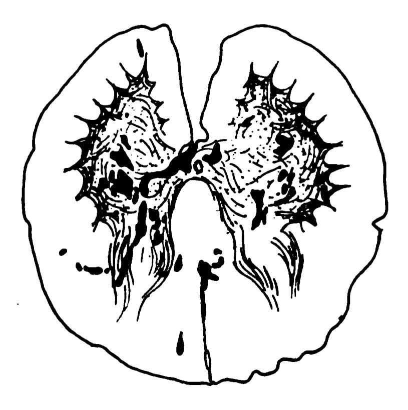


Fig. 7. — Coupe au niveau de la 3e cervicale. Foyers hémorragiques bilatéraux disséminés dans la substance grise. Pas de sang dans le canal central.

Obs. IV.

Forceps (tête fixée au détroit supérieur légèrement rétrécie). Poids de l'enfant : 3.700 gr. Bipariétal : 9 cm. 7. Foyers hémorragiques bilatéraux dans la moelle cervicale sur une hauteur de 5 millimètre au niveau de la 4e racine (fig. 8 et 9).

Hémorragie dans la cavité arachnoïdienne péri-cérébrale, péri-cérébelleuse et péri-médullaire, surtout accentuée autour du cervelet et de la moelle. Suffusions sanguines dans la méninge molle péri-cérébelleuse et péri-médullaire. Hématome dans le 4e ventricule.

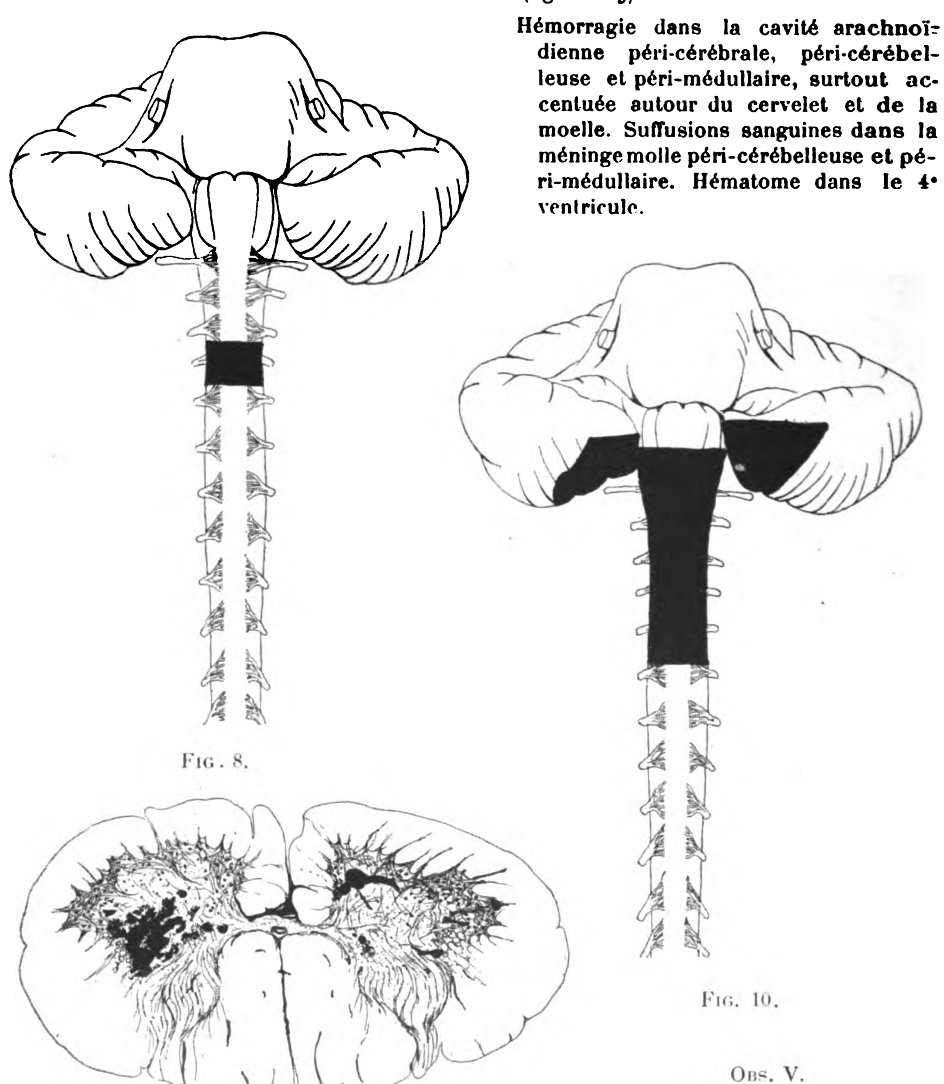


Fig. 8.

Fig. 10.

Fig. 9. — Coupe au niveau de la 4e cervicale. (Obs. IV). Foyer maximum à gauche, fusant sur le flanc externe du cordon latéral. Pas de sang dans le canal central.

Obs. V.

Forceps (tête fixée au détroit supérieur légèrement rétréci). Poids de l'enfant : 3.600 grammes. Diamètre bipariétal : 10 cm. 2.

Foyers hémorragiques bilatéraux dans la moelle cervicale, les deux tiers inférieurs du bulbe et les parties déclives des deux hémisphères cérébelleux (fig. 10, 11, 12, 13, 18). Eclatement de la moitié postérieure de la suture sagittale et de la suture pariéto-occipitale droite. Hémorragie considérable dans la cavité arachnoïdienne péri-cérébrale, péri-cérébelleuse et péri-médullaire dans toute la hauteur du sac durdal.



Fig. 11. — Coupe au niveau du bulbe (Obs. V).



Fig. 12. — Coupe au niveau de la moelle cervicale supérieure (Obs. V).



Fig. 13. — Coupe au niveau de la moelle cervicale moyenne (Obs. V).

L'autopsie permit de reconnaître l'existence de foyers hémorra-

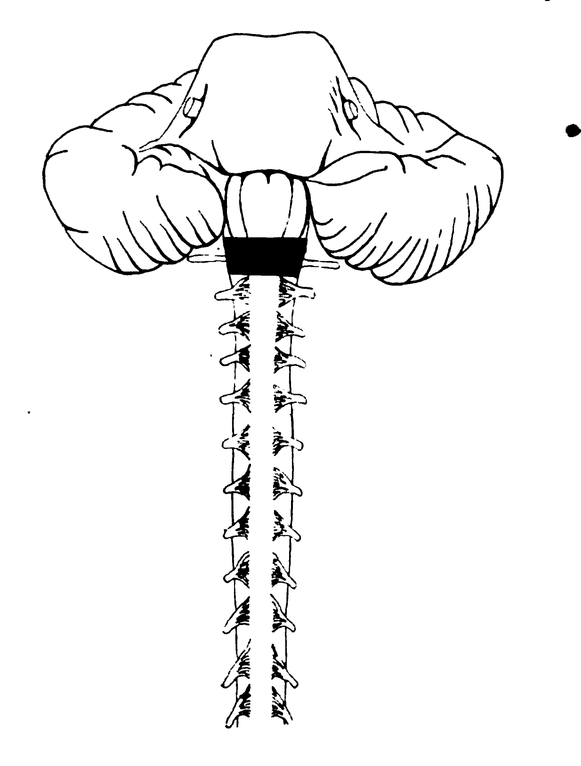


Fig. 14. — Forceps (sur tête profondément engagée dans un bassin spacieux). Poids de l'enfant : 3.220 grammes Poids du placenta : 620 grammes.
Foyers hémorragiques à la partie inférieure du bulbe, sur une hauteur de 5 mill. (fig. 15).
Légère hémorragie dans la cavité arachnoïdienne, péri-cérébrale péri-cérébelleuse, péri-bulbaire et péri-médullaire. Suffusions sanguines dans la méninge molle autour du cervelet et dans la scissure sylvienne. Légère dilatation des ventricules cérébraux.

giques à la *partie inférieure du bulbe*, localisés dans la substance grise



Fig. 15. — Topographie des petits foyers hémorragiques au niveau du bulbe.

et s'étendant en hauteur sur un segment de 5 millimètres. L'examen microscopique révéla une méningo-myélite, dont l'origine hérédo-syphilitique est probable de par ses caractères histologiques, que



Fig. 16. — Méninge spinale (dans la région *a* de la fig. 15). — *n*, moelle; — *m*, méninge épaissie, infiltrée de cellules embryonnaires, nombreux vaisseaux dont les parois sont épaissies.



Fig. 17. — Région *b* de la fig. 15. Infiltration de cellules embryonnaires dans les gaines péri-vasculaires.

corrobore l'existence d'une hypertrophie du placenta (Poids du fœtus : 3.220 grammes ; poids du placenta : 620 grammes).

Les *altérations des parois vasculaires*, *préexistant à la naissance* ont sans nul doute favorisé la production des hémorragies, comme dans le cas rapporté par d'Herbécourt (enfant de 3.100 grammes, placenta de 650 grammes, légère endo-périartérite de quelques vaisseaux de la moelle). Trois applications de forceps dans un bassin aplati, dont deux avec dérapements, eussent d'ailleurs suffi à expliquer l'hémorragie bulbaire dans le cas de d'Herbécourt. Dans le fait que je viens de rapporter, le rôle des altérations vasculaires est rendu plus évident encore, puisque la compression crânienne exercée par le forceps était réduite au minimum.

2ᵉ GROUPE. — **Hémorragies cérébelleuses.**

Aux hémorragies bulbo-médullaires peuvent être associées des hémorragies cérébelleuses.

Ces lésions du cervelet sont, elles aussi, la conséquence indirecte d'une compression crânienne excessive. Elles siègent à distance du point d'application de l'agent de compression, mais elles paraissent déterminées par un mécanisme particulier.

Voici, d'abord, le résumé du fait que j'ai observé :

Une application de forceps régulière, pratiquée sur une tête volumineuse (diamètre bipariétal 10 cm. 2) fixée au détroit supérieur légèrement rétréci (diamètre promonto-sous-pubien : 10 cm. 5), permet d'extraire, après 7 minutes de traction, un enfant de 3.600 grammes, dont le cœur battait encore, mais qui ne put être ranimé. Un éclatement de la suture sagittale et de la suture occipito-pariétale droite témoignait de l'intensité de l'involontaire réduction instrumentale.

Une abondante hémorragie occupait la cavité arachnoïdienne dans toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal. Des hémorragies interstitielles infiltraient la moelle cervicale et les deux tiers inférieurs du bulbe (fig. 10, 11, 12, 13).



FIG. 18. — Coupe montrant l'infiltration sanguine des parties déclives du cervelet.

Quant au cervelet, il était le siège d'hémorragies interstitielles (fig. 18) bilatérales, limitées à la région rétro et latéro-bulbaire et prédominant dans les amygdales, partie la plus déclive des hémisphères cérébelleux.

Cette localisation des lésions paraît en rapport avec *l'exagération de*

l'engagement des amygdales dans le canal rachidien, constatée au moment de l'autopsie. Ce fait serait à rapprocher des constatations faites par Pierre Marie dans l'hémorragie cérébrale de l'adulte, mais il est infiniment plus accentué chez le nouveau-né, en raison de l'intensité de la compression.

3e GROUPE. — **Attrition directe de la substance cérébrale.**

J'ai observé un seul cas d'hémorragie de la substance cérébrale consécutive à une application de forceps. Voici dans quelles conditions :

Une application de forceps, pratiquée sur une tête engagée, mais mal fléchie (OIDP), permet d'extraire sans difficultés particulières un enfant de 3.570 grammes (placenta 450 grammes).

La mère, primipare de 35 ans, était restée en travail pendant 20 heures. L'enfant naît simplement étonné. Après désobstruction des voies respiratoires, il crie. On ne remarque d'abord rien de particulier dans son état, mais il meurt au bout de 48 heures, après avoir présenté des secousses convulsives de la face et des membres.

A l'autopsie, on constate : d'une part, l'intégrité macroscopique du foie, de la rate, des reins, du cœur et des poumons ; d'autre part, des lésions de la boîte crânienne, des lésions méningées diffuses et une lésion encéphalique localisée.

La suture sagittale est rompue sur une étendue de 4 centimètres dans sa partie toute postérieure. Un hématome infiltre la suture pariéto-occipitale droite et les deux sutures fronto-pariétales. Enfin, *deux fractures* linéaires du pariétal droit, perpendiculaires à la suture sagittale, courent parallèlement à la suture pariéto-occipitale. Cette lésion de la région pariétale postérieure ne peut être rapportée qu'à l'action du forceps et tout particulièrement de la branche antérieure.

La cavité arachnoïdienne renfermait un peu de sang liquide, collecté dans les fosses cérébrales postérieures, et une quantité relativement plus considérable autour du cervelet et de la moelle. La méninge molle était infiltrée de sang au niveau des lobes temporaux et occipitaux.

Enfin — seule hémorragie existant dans la substance même des centres nerveux — une hémorragie infiltre et disloque la substance grise et la substance blanche du bord postérieur du lobe occipital droit, entre le cuneus et la première circonvolution occipitale.



Cette lésion, masquée par l'hématome méningé qui recouvrait le lobe occipital, est apparue sur une coupe parallèle à la coupe de Flechsig et passant par le bord supérieur du corps calleux ; elle s'étendait en hauteur sur une étendue de 1 centimètre au-dessus et au-dessous de cette coupe. Topographiquement, elle répondait à la région pariéto-occipitale droite, siège des lésions traumatiques de la boîte crânienne. Cette lésion de la substance cérébrale est le résultat d'un traumatisme local direct.

C'est là un foyer hémorragique traumatique différent par son siège, comme par son mécanisme, des lésions bulbo-médullaires et cérebelleuses précédemment étudiées.

CONCLUSIONS

Les faits qui viennent d'être exposés peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Les hémorragies du névraxe consécutives aux applications du forceps ont été surtout observées lorsque la tête fœtale, entraînée par le forceps, a eu à lutter contre une résistance, soit du squelette, soit des parties molles du bassin.

2° Le plus souvent, les hémorragies siégeaient à distance du point d'application de l'agent de compression, dans la *moelle cervicale* et le *bulbe*.

L'excès de pression intra-crânienne tend à exagérer l'engagement des amygdales du *cervelet* dans le canal rachidien. Ces amygdales peuvent être, ainsi que les parties voisines des hémisphères cérebelleux, infiltrées d'hémorragies interstitielles.

3° Des lésions vasculaires préexistantes, en particulier celles de l'hérédo-syphilis, semblent constituer une prédisposition suffisante pour déterminer une hémorragie bulbo-médullaire, à l'occasion de la compression minime produite par le forceps appliqué dans les conditions mécaniques en apparence les plus simples.

4° La substance cérébrale était indemne chez ces nouveau-nés arrivés *au terme de leur développement intra-utérin*, sauf dans un cas d'attrition directe, au niveau d'un foyer de fracture du crâne.

Par contre, des foyers hémorragiques intra-cérébraux ont été observés dans 18 p. 100 des autopsies de *prématurés débiles*, morts plus ou moins longtemps après une naissance spontanée et facile.

MATERNITÉ DE NANCY. — CLINIQUE DU PROFESSEUR A. HERRGOTT

OPÉRATION DE PORRO CHEZ UNE FEMME ACHONDROPLASIQUE CÉSAROTOMISÉE POUR LA QUATRIÈME FOIS

Par MM. A. FRUHINSHOLZ et GASTON MICHEL, agrégés à Nancy.

L'un de nous ayant étudié, dans une communication faite ici même en février 1906, l'influence, au point de vue du pronostic fœtal, que les adhérences utéro-abdominales pouvaient exercer, en cas de récidive opératoire, d'une section césarienne à l'autre, en était arrivé, entre autres conclusions, aux deux suivantes, que nous nous permettons de rappeler :

Lorsque des adhérences existent, leur influence ne se poursuit pas fatalement et en s'aggravant sur les produits des grossesses à venir : si le poids des fœtus reste sensiblement égal à lui-même ou même est susceptible de diminuer légèrement à la deuxième intervention, il accuse une tendance à s'accroître à la troisième, même en coïncidence avec des adhérences utéro-pariétales.

Par suite, *l'opération césarienne itérative chez la même femme et pratiquée jusqu'à trois fois de suite reste une opération non seulement légitime, mais recommandable pour les résultats très avantageux qu'elle nous donne en ce qui touche les produits fœtaux.*

Ces conclusions, disions-nous aussi, étaient contraires à l'impression qui pouvait résulter de la lecture de notre observation, où il apparaissait en effet qu'une femme achondroplasique césarotomisée à trois reprises s'était vue, du jour où elle avait été opérée pour la première fois, vouée à des grossesses de plus en plus écourtées et finalement à l'avortement. Était-ce là une simple coïncidence ou en vérité l'effet des adhérences très intimes de l'utérus avec la paroi ? Pure coïncidence ont répondu les observations similaires que nous avons groupées autour de la nôtre (1), pure coïncidence affirme aujourd'hui la suite de notre observation même, car cet utérus, maçonné d'adhérences, que nous

(1) Nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre de réparer l'omission involontaire que nous avons faite, dans notre précédent travail, des opérations césariennes répétées pratiquées par le docteur Boquel, d'Angers, et rapportées (Obs. 1, 2, 4 et 5) dans le travail de son élève Breau, Thèse, Paris, 1905 (A. F.)

avions pu suspecter « d'impuissance progressive à porter son fruit jusqu'au terme normal », est redevenu gravide et, après avoir donné des enfants des poids régulièrement décroissants de 2.980, 2.700, 1.800 et 790 grammes, a pu mûrir, jusqu'au voisinage immédiat du terme, un dernier produit de conception de 2.935 grammes. Voici d'ailleurs nos notes, très brèves sur la première partie, déjà connue; de l'observation :

I. — Observation clinique, recueillie à la Maternité de Nancy (Service de M. le professeur A. Herrgott).

X..., 31 ans. VIIpare. Achondroplasique. Bassin rétréci, mesurant 59 millimètres de diamètre utile. Les deux premiers accouchements ont été terminés par basiotripsie. Les accouchements n°s 3, 4 et 5 ont eu lieu par section césarienne et ont donné des enfants pesant 2.980, 2.700 et 1.800 grammes. On constate à la deuxième césarienne, pratiquée par le professeur A. Herrgott, l'existence d'adhérences utéro-abdominales, marquées surtout à gauche de la ligne médiane ; elles obligent l'opérateur à latéraliser sur la droite son incision utérine, et elles sont cause que la rétraction de l'utérus se fait mal. A la troisième césarienne les adhérences se sont étendues et ont englobé l'épiploon ; l'utérus est tordu sur son axe présentant la trompe droite en avant ; l'incision est tracée en dehors de la précédente vers la trompe droite ; l'écoulement sanguin abondant, favorisé par l'impuissance où est l'utérus de bien se rétracter, nécessite la compression de l'aorte.

La grossesse qui suit, la sixième, est interrompue par un avortement spontané au cinquième mois, le 17 août 1905. Peu de temps après, X... reprend ses occupations. Ses règles réapparaissent le 7 septembre, normales, indolores, non profuses ; elles reviennent en octobre, puis, pour la dernière fois, du 22 au 28 novembre 1905. Dès lors une *septième grossesse* commence, d'abord sous d'excellents auspices. Il n'y a aucun trouble ; le développement de l'utérus n'est pas du tout douloureux ; la gestante continue sans le moindre inconvénient ses occupations plutôt fatigantes de femme de ménage. Cependant, à 5 mois et demi de grossesse, elle souffre de douleurs abdominales, mais comme elle est obligée peu après de s'aliter pour une bronchite, ces douleurs disparaissent. Cette bronchite l'immobilise au lit sept semaines durant. A ce moment la malade élimine par sa paroi abdominale un fil de sa précédente cicatrice.

Le 21 août 1906, à 11 heures et demie du matin, X... arrive à la Maternité de Nancy, où l'un de nous avait alors l'honneur de suppléer le professeur Alphonse Herrgott. Elle dit avoir mal depuis la précédente nuit à 3 heures. Elle serait enceinte d'un peu moins de neuf mois. On l'examine et on constate que l'utérus mesure 36 centimètres ; le fœtus présente le sommet, qui fait au-devant de la symphyse pubienne une voussure considérable. Le dos est à gauche. Les battements sont normaux. La cicatrice abdominale qui représente les trois incisions antérieures est comme étirée en largeur, mal délimitée, fortement



pigmentée, présentant dans sa partie inférieure, au niveau de la région sus-pubienne, une circulation veineuse collatérale très marquée, variqueuse même en certains points. Au toucher la dilatation du col est complète. La poche des eaux, intacte encore, très saillante, est prête à se rompre. On immobilise complètement la parturiente dans la crainte de cette dernière éventualité, tandis qu'on prend toutes les dispositions nécessaires pour une amputation de Porro. Intervention à 1 heure de l'après-midi, par les docteurs A. Fruhinsholz et G. Michel. La malade, endormie au chloroforme, est couchée sur un plan légèrement incliné. Le docteur Michel pratique une incision longue de 10 à 12 centimètres environ, perpendiculaire presque au grand axe de l'utérus fortement incliné et surtout développé du côté droit. Cette incision est faite un peu en dehors de l'ancienne cicatrice, large, déprimée, adhérente.

Elle est faite avec beaucoup de précautions. Aux deux extrémités de l'incision il est difficile de reconnaître les différents plans de la paroi : on arrive cependant à isoler le péritoine. Au contraire, dans la région correspondant au milieu de l'incision, il est absolument impossible de reconnaître un plan quelconque : on sectionne un tissu de cicatrice très épais et très dur, formé aux dépens des plans de la paroi abdominale et de la paroi antérieure de l'utérus.

Malgré toutes les précautions prises, on ouvre, sans s'en douter, la cavité utérine en haut et un peu vers la droite ; la brèche est petite ; on distingue au travers les membranes de l'œuf. Le docteur Fruhinsholz profite de cette amorce pour y glisser deux doigts et sectionner, sous leur contrôle, avec des ciseaux, paroi utérine et paroi abdominale confondues, dans la direction du fond de l'utérus. Dès que l'ouverture est suffisante, il effondre les membranes, à travers lesquelles on aperçoit le liquide amniotique coloré en vert par le méconium, extrait une fille de 2.935 grammes qui arrive en état de mort apparente bleue, mais est facilement ranimée. Extraction manuelle du placenta et des membranes. C'est l'affaire de quelques secondes. Dès lors le docteur Michel, poursuivant l'opération, tamponne l'utérus au moyen d'un paquet de com presses, fait incliner davantage la malade, récline la masse intestinale au moyen de la main qui pénètre dans la cavité abdominale au-dessus de la partie adhérente de l'utérus. Avec les doigts il limite la partie adhérente et des deux côtés, en dehors de l'adhérence, il sectionne la paroi abdominale en repérant le péritoine. La paroi abdominale ainsi excisée sous forme d'un petit plastron qui reste adhérent à la face antérieure de l'utérus, il devient facile d'attirer celui-ci hors de la cavité abdominale et de le renverser sur le pubis. Des deux côtés on lie le ligament large au-dessous des deux annexes et on le sectionne. On va à la recherche des deux artères utérines qui sont liées.

« J'aurais pu, écrit le docteur Michel, terminer par une subtotale et péritoniser, mais craignant un suintement sanguin persistant, sinon une hémorragie, je préfère extérioriser le col après l'avoir, à la manière de Porro, embroché et serré au moyen d'un lien élastique. » Section du col ; l'utérus est enlevé ; toilette du péritoine et du Douglas où il y a un peu de liquide accumulé ; isole-



ment du moignon utérin au moyen d'une collerette péritonéale. Fermeture par trois plans de suture de la paroi. L'opération a duré à peine une demi-heure.

Les suites de l'intervention n'ont rien présenté de particulier. La température monte à 39° le 4e jour, en coïncidence avec une purgation à l'huile de ricin; cette élévation thermique est d'ailleurs unique. Le moignon subit une momification sèche. Enlèvement des fils le 8e jour. Chute spontanée du pédicule le 16e jour. Sortie au 26e jour. Un mois après la malade vient se montrer à la clinique; elle nourrit exclusivement au sein; mère et enfant se portent bien.

II. — Observation anatomique, rédigée avec l'obligeant concours du docteur Hoche, chargé de cours d'anatomie pathologique.

a) *Examen macroscopique de la pièce.* — L'utérus extirpé s'est fortement rétracté. Durci dans une solution forte de formol, il se présente sous forme d'un ovoïde de 14 centimètres de hauteur sur 11 centimètres de largeur. La brèche opératoire, longitudinale et empiétant légèrement sur le fond de l'organe, est sensiblement plus rapprochée du bord droit de l'utérus (4 centimètres environ) que du bord gauche (8 centimètres environ). A droite de cette brèche et adhérent à la face antéro-latérale droite de l'utérus, se trouve un placard de peau de forme losangique, de 5 à 6 centimètres de longueur sur 4 à 5 centimètres de largeur (sur la pièce rétractée) et provenant de la paroi abdominale. A gauche de la brèche, sur toute sa hauteur et sur 5 à 6 centimètres de largeur, s'observe une surface happée, irrégulière, représentant le reliquat d'adhérences utéro-abdominales qui ont été en partie libérées au cours de l'intervention. Cependant, à la partie supérieure de cette zone d'adhérences, on voit un petit îlot de peau, séparé par la section du plastron cutané qui double la tranche droite de l'incision. On peut se rendre compte aussi qu'en certains points la libération des adhérences n'a pu être obtenue qu'au prix de l'intégrité du muscle utérin entamé par le bistouri.

Pour qu'on puisse se rendre compte des vestiges laissés par les opérations antérieures, des sections transversales de l'utérus ont été faites à divers niveaux: c'est la plus démonstrative de ces coupes que représente la photographie ci-jointe, figure 2. En *a*, se voit une cicatrice blanchâtre, intra-musculaire, étoilée, qui se relie par des tractus de même couleur à la cicatrice cutanée. En *b*, la plaie béante de la dernière intervention a détruit les traces de la deuxième. En *c*, une autre cicatrice, stellaire également, mais plus compacte que la première, indique l'endroit de la troisième section; à son niveau la cicatrice cutanée est très adhérente.

Le muscle utérin, fortement congestionné, présente des épaisseurs diverses suivant les régions, depuis 2 cm. 5 à gauche jusqu'à 5 centimètres à droite; au niveau des deux cicatrices visibles, 2 centimètres seulement.

b) *Examen microscopique.* — Des coupes microscopiques ont été faites au niveau des cicatrices et ont montré les détails suivants. Dans la première cica-



trice les tractus conjonctifs sont peu épais, la plupart sont dissociés en fibrilles séparées les unes des autres par des *fibres musculaires lisses*, groupées par 2 ou 3, souvent isolées. Ces fibres lisses sont volumineuses, comme celles de l'utérus gravide. Dans la troisième cicatrice le tissu conjonctif est plus com-



FIG 2. — Quatrième césarienne. — Opération de Porro.
Section transversale de l'utérus passant au-dessous de l'insertion des ligaments larges (bord supérieur).
Vue de la surface de section du segment supérieur

a, Cicatrice musculaire de la première césarienne.
b, Plaie béante opératoire portant au même niveau que la deuxième section césarienne.
c, Cicatrice de la troisième section césarienne adhérente à la peau.
d, Large placard de peau de la paroi abdominale, adhérent intimement à la face antéro-latérale droite de l'utérus et incisé avec celui-ci.
e, Zone d'adhérences qui ont pu être libérées au cours de l'intervention et derrière lesquelles était dissimulée la première cicatrice.
Ov. dr. et *ov. g.*, Section des ligaments larges.

pact, formant des faisceaux presque homogènes, ne se dissociant qu'à la périphérie, où les fibrilles sont séparées par des fibres musculaires lisses, également hypertrophiées. En quelques points des coupes, dans une zone confinant à la couche dermique de la peau, il existe quelques foyers de cellules migratrices groupées autour de cavités vides de leur contenu, ayant été occupés vraisemblablement par des fils de suture qui se sont éliminés (l'histoire clinique d'ailleurs le relate).

Nous avons cru devoir vous faire tenir la *suite* et la *fin* de cette observation, car elle vient elle-même lever le doute qui nous avait effleuré à un moment donné : non, les adhérences utéro-pariétales n'ont pas « une influence considérable sur le développement et la maturation des produits de conception à venir ». Notons cependant que le

repos au lit imposé pendant sept semaines à la malade dans le dernier tiers de sa grossesse a pu contribuer à la préserver de l'interruption prématurée de celle-ci.

Autre particularité : il est intéressant d'observer que cet utérus largement adhérent et trois fois balafré s'est contracté avec énergie dix heures de suite, au point de parfaire sa dilatation, sans le moindre inconvénient. Cet « *essai de résistance* », peu désirable d'ailleurs, n'eut d'autre cause que la tranquille insouciance de la parturiente, peu empressée à réclamer des soins médicaux.

Reste la question du choix que nous avons fait de l'intervention. Il semble qu'il y ait contradiction entre la légitimité de la césarienne répétée conservatrice, pour laquelle nous avons antérieurement plaidé, et l'opération radicale pour laquelle nous avons opté. Mais si la qualité des produits fœtaux reste indépendante du nombre des césariennes pratiquées sur un même sujet, il est certain d'autre part que les conditions dans desquelles celui-ci subira les interventions à mesure qu'elles se renouvelleront, ne resteront pas identiques à elles-mêmes. L'acte chirurgical, s'il y a des adhérences de plus en plus étendues, comme dans notre observation, ira se compliquant et *dans des limites qui ne sauraient être prévues*; les grossesses ultérieures resteront menacées de rupture spontanée de l'utérus ; somme toute, le risque de mort sera grossi. Aussi, pour ces raisons, dans l'impossibilité où nous étions d'affirmer en conscience l'heureuse issue d'une grossesse subséquente, avons-nous estimé bien faire, d'autant que cette femme avait largement et courageusement satisfait aux devoirs de la maternité, en l'admettant au bénéfice de la « *mise en réforme, pour infirmité contractée dans le service* » (Varnier).

LES ABCÈS DE L'UTÉRUS

Par **SALVA MERCADÉ**, ancien interne médaille d'or des hôpitaux.

Définition et historique. — Tour à tour niés, puis admis par les différents auteurs, les abcès de l'utérus semblent avoir définitivement pris place dans la nosographie gynécologique durant ces dernières années.

De tous temps cependant l'abcès utérin a été considéré comme une rareté pathologique. Les observations n'en sont toutefois pas excessivement rares, si nous nous en rapportons à l'énoncé des cas publiés, mais un grand nombre d'entre eux ne résistent pas à un examen sérieux.

On désigne sous le nom d'abcès utérin toute collection purulente enkystée dans le parenchyme utérin. Ainsi défini, l'abcès de l'utérus est certainement rare, car, grâce à la grande vascularisation de cet organe, la lésion inflammatoire se localise rarement en un point déterminé, et l'infection frappe d'emblée l'organe dans son ensemble, pour produire la suppuration totale.

Néanmoins, si on peut mettre en doute les observations anciennes où des abcès pelviens et annexiels ont pu être confondus avec les abcès utérins, il n'est guère possible de nier les observations plus modernes où l'intervention chirurgicale ou l'examen nécropsique ont permis de localiser la lésion dans le parenchyme lui-même. Dans l'étude actuelle nous ne retiendrons que ces dernières, qui, seules, peuvent servir à établir l'histoire de l'affection qui nous occupe.

C'est dans le *Cours d'anatomie pathologique* de Portal (1803) que nous trouvons pour la première fois signalé l'abcès utérin. Dans le chapitre : « Matrice en suppuration », il rapporte deux autopsies où il trouva, sous l'enveloppe séreuse de l'utérus, une grande quantité de pus, mais nous ne pouvons nous empêcher d'émettre un doute sur la localisation exacte de ces abcès.

Toutes les observations publiées ensuite nécessitent une analyse très

soignée, car si les unes, vérifiées par l'autopsie, sont hors de toute contestation, il n'en est pas de même de celles qui se sont terminées par la guérison et qui peuvent bien n'avoir d'autre rapport avec les abcès de l'utérus que le titre dont l'auteur les a gratifiées.

La seule étude d'ensemble qui ait été faite sur la question appartient à Otto von Franqué et date d'octobre 1901. Franqué réunit 16 cas d'abcès de l'utérus. En dépouillant plus soigneusement la littérature et en ajoutant les cas récents, nous sommes arrivé à un total de 41 observations, d'après lesquelles nous avons dans notre thèse de doctorat (1) tracé pour la première fois, en France, l'histoire des abcès utérins.

Étiologie. — L'abcès utérin se développe à tous les âges de la vie de la femme et ne reconnaît qu'une seule cause : l'infection. L'origine de celle-ci peut être cependant de divers ordres : puerpérale, gonococcique, traumatique ou tuberculeuse.

1° *L'infection puerpérale* est la cause la plus fréquente ; nous l'avons trouvée en cause 22 fois sur 41 cas. Puis viennent par ordre l'infection gonococcique, l'infection tuberculeuse et l'infection traumatique. C'est presque toujours à la suite de tentatives d'avortement qu'on voit se développer l'abcès de l'utérus. Sans rappeler ici l'état de réceptivité de l'utérus pendant la grossesse et la contagiosité des instruments qui servent en général aux tentatives criminelles, on comprendra facilement pourquoi ces abcès sont de beaucoup les plus fréquents. Le bacille est porté par l'instrument au centre même de la place; le parenchyme est quelquefois même piqué par l'instrument, qui dépose ainsi le microbe dans sa texture. Tout est donc réuni pour favoriser l'éclosion de l'abcès. Nous verrons plus tard comment il se développera.

Mais l'abcès utérin n'est pas seulement l'apanage de l'avortement criminel. On l'observe aussi à la suite d'accouchements normaux (Boldt, Augustein, Pettit et Pichevin, Ricketts, Dröse, Lepage, Champetier de Ribes) ; dans ce dernier cas il peut cependant y avoir eu intervention instrumentale, comme dans le cas de Penrose, où une application de forceps avait été nécessaire.

2° *L'infection gonococcique* ayant donné lieu à une métrite peut conduire à la formation d'un abcès utérin. Les observations de Madlener, de Menge, de Cavazzani, de Lea suffisent à nous en convaincre. Les

---

(1) S. Mercadé, *Kystes et abcès de l'utérus*. Thèse de Paris, 1906, G. Steinheil, éd.



cas de Bird, de Scanzoni, quoique antérieurs à la découverte du gonocoque (1879), semblent également reconnaître cette origine. Certains auteurs cependant semblent en rejeter la possibilité quand ils refusent à la métrite aiguë toute possibilité de créer l'abcès utérin. Pour Martineau (1), la suppuration de la métrite est bien rare. Pour Pozzi (2) « les prétendus abcès de l'utérus sont : les uns, des collections purulentes voisines accolées à l'organe, comme il est si fréquent de l'observer dans les pyosalpingites ; les autres des suppurations de myomes mortifiés, ce qui n'a aucun rapport avec la métrite. Certes, si l'on veut dire par là que la suppuration de la tunique musculaire de l'utérus est possible, nous tombons d'accord ; mais qu'elle suppure dans le cours du syndrome clinique qui constitue la métrite, nous ne l'admettons pas. »

Pour Pierre Delbet (3), il n'existe peut-être pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus.

« On a discuté, dit Richelot (4), sur la présence d'abcès dans l'épaisseur des parois utérines, au cours de la métrite aiguë. Schröder, Kilpatrick, Hervez de Chégoin, en parlent comme d'un fait indéniable ; mais ils doivent être bien rares, car la plupart des auteurs soutiennent que les prétendus abcès utérins ne sont que des collections purulentes péri-utérines [Fritsch (5)]. »

Seule la rareté de ces abcès peut expliquer la divergence d'opinion qui existe encore à l'heure actuelle entre les auteurs. Il ne nous est plus permis cependant de douter de leur existence ; mais nous nous empressons d'ajouter qu'ils sont une complication exceptionnelle au cours des métrites. Il est certain que le gonocoque pénètre difficilement entre les fibres musculaires qui constituent le parenchyme utérin ; Madlener en a cependant constaté nettement la présence.

Peut-être, à la faveur d'une grossesse et d'une délivrance, trouve-t-il un accès plus facile dans le myométrium ? C'est très probable, et c'est cette interprétation que nous devons donner aux observations de Madlener et de Lea.

L'abcès utérin n'a jamais été signalé au cours de la métrite chro-

(1) MARTINEAU, *Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1878, p. 412.

(2) POZZI, *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, 3e éd., Paris, 1897, p. 140.

(3) PIERRE DELBET, in *Traité de chirurgie* DUPLAY-RECLUS, t. VIII, p. 93.

(4) L.-G. RICHELOT, *Chirurgie de l'utérus*, Paris, Doin, éd., 1902, p. 12.

(5) FRITSCH, *Lageverand. und Entzünd. der Gebärmutter*, Stuttgard, F. Enke, éditeur, 1885.

nique ; aucune raison ne semble cependant devoir la mettre à l'abri de cette complication.

3° Le troisième mode d'inoculation du parenchyme utérin est plus rare. C'est une plaie pathologique ou chirurgicale qui sert alors de porte d'entrée à l'infection.

En dehors des traumatismes déterminés par des tentatives d'avortement, il arrive parfois qu'accidentellement le parenchyme se trouve lésé : dans le cas de Küstner la malade opérée pour un prolapsus utérin présentait, au niveau du col, des ulcérations qui avaient favorisé l'infection. La malade d'Ashford, se croyant enceinte, fut sans aucun doute inoculée par une piqûre ou une ulcération traumatique produite au niveau du col.

Fritsch voit se développer un abcès utérin après une discision bilatérale du col.

4° *L'infection tuberculeuse* peut frapper l'utérus pour déterminer la formation d'abcès dans son parenchyme. Cette forme de la tuberculose génitale est cependant très rare. Dans une étude sur la tuberculose génitale, Mlle M. Gorovitz (1) ne cite aucun cas d'abcès tuberculeux de l'utérus. Qu'il s'agisse du corps, qu'il s'agisse du col, toutes les observations qu'elle rapporte ont trait à l'endométrite tuberculeuse et aux lésions qui la caractérisent : ulcérations, tubercules miliaires, voire même pyométrie [cas de Krzywicki (2)] ; d'autres présentent, au niveau de la couche musculaire de l'utérus, des tubercules miliaires, dans le corps [Breus (3)], dans le col [Matthews (4)], analogues à ceux décrits par Cornil (5) et par Doyen (6). Aucune ne signale le véritable abcès froid. C'est qu'à la vérité l'abcès froid se développe rarement dans un tissu musculaire.

Nous avons pu néanmoins en retrouver 5 observations, dont 3 ont trait à la tuberculose secondaire (Giovanni Guzo, Letulle, Brissaud), 2 (Guzzoni degli Ancarani, Alterthum) à la tuberculose primitive de l'utérus.

En somme, nous voyons que l'abcès utérin est sous la dépendance d'une infection qui le plus souvent évolue d'une façon rapide, mais qui

(1) Mlle Gorovitz, Tuberculose génitale. *Revue de chirurgie*, 1901, p. 778.
(2) Krzywicki, *Beiträge zur pathol. Anat. und allg. Pathol.*, 1888.
(3) Breus, *Wiener med. Wochenschrift*, 1877, n° 4.
(4) Matthews, *Medical Record*, 1898, vol. II, p. 872.
(5) Cornil, *Journal des connaiss. médic.*, 19 juillet 1888, p. 226.
(6) Doyen, *Journal des connaiss. médic.*, 1888, p. 227.

peut aussi se manifester lentement, furtivement, comme dans la tuberculose, la métrite chronique et même le cancer (obs. pers.).

Nous en conclurons que, toutes les fois qu'une porte d'entrée est ouverte à l'infection, celle-ci pourra déterminer la formation d'un abcès.

Pathogénie. — 1° *L'infection de l'utérus* est sous la dépendance directe d'une plaie utérine physiologique ou traumatique. Cet énoncé, qui ressort nettement de l'étude clinique de ces abcès, put paraître un moment douteux aux expérimentateurs qui s'adressèrent à certaines espèces animales, telles que les rongeurs.

Strauss et Sanchez-Toledo (1), inoculant, dans la cavité utérine de femelles de cobayes ou de lapines qui venaient de mettre bas, des quantités considérables de microbes pathogènes, tels que Bacillus anthracis, vibrion septique, bactérie du charbon symptomatique, staphylocoque doré, n'obtinrent aucune infection, sauf pour le microbe du choléra des poules. Ces expériences auraient pu jeter un doute sur la gravité de l'infection de l'utérus après l'accouchement, si ces auteurs n'avaient démontré que chez les rongeurs, au moment de la parturition, l'épithélium normal recouvre toute l'étendue de la cavité, la cicatrisation de la plaie placentaire se faisant très rapidement. « Il y a donc là, dès l'instant de la parturition, disent Strauss et Sanchez-Toledo, un épithélium intact et prêt à remplir son rôle protecteur, et il ne faut pas s'étonner que les tentatives, faites, jusqu'à présent, par divers auteurs pour reproduire chez la lapine et la femelle de cobaye des états analogues aux infections puerpérales de la femme, n'aient presque jamais donné de résultats. »

Chez la femme, au contraire, il persiste après l'accouchement une véritable plaie utérine, ouvrant largement ses portes à l'infection.

Mais est-il possible d'admettre une inoculation du parenchyme sans lésion primitive de la muqueuse ?

La tuberculose et la métrite répondent à cette question.

L'infection tuberculeuse de l'utérus par la voie vaginale, défendue par Conheim, Verneuil (2), admise par Hegar et Spaeth, semble actuellement démontrée, grâce aux recherches expérimentales de Cornil, Dobroklonsky et Guzzoni degli Ancarani.

(1) Strauss et Sanchez-Toledo, Recherches microbiologiques sur l'utérus après la parturition physiologique. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, t. II, p. 426.

(2) Verneuil, Hypoth. sur l'origine de cert. tub. génitales dans les deux sexes, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1885.

Les expériences de Cornil (1) démontrent que non seulement l'infection tuberculeuse par la voie génitale est possible, mais qu'il suffit d'une quantité minime de culture pour inoculer le parenchyme. « Dans la muqueuse de l'utérus, comme dans celle de l'intestin, les bacilles pénètrent et les follicules tuberculeux se manifestent dans le tissu conjonctif situé au-dessous de l'épithélium sans que celui-ci soit tombé (Cornil). » Aussi, dit ailleurs cet auteur (2), la muqueuse de l'utérus est-elle, de toutes les voies génitales de l'homme et de la femme, celle qui serait la plus vulnérable aux microbes de la tuberculose.

Dobroklonsky (3) fait des expériences analogues et conclut également à l'inoculation vaginale.

Enfin, les expériences de Guzzoni degli Ancarani (4) tendent à démontrer que le virus tuberculeux peut non seulement franchir la muqueuse utérine, mais, qu'introduit dans le vagin, il peut donner naissance à une infection générale tuberculeuse, sans aucune localisation dans les organes génitaux.

Dans la 6e expérience de son mémoire, il inocule dans l'utérus d'un cobaye femelle un petit morceau de poumon de vache tuberculeuse et de la poussière de crachats tuberculeux desséchés. Quinze jours plus tard le cobaye est sacrifié. On trouve une localisation tuberculeuse à distance dans la rate. Dans l'utérus il existe, dans la couche sous-muqueuse, un abcès récent de la grosseur d'un grain de moutarde ; il y a desquamation de l'épithélium de la muqueuse utérine. On ne trouve pas le bacille de Koch dans le pus de l'abcès, mais cela n'exclut pas l'hypothèse d'abcès tuberculeux.

Il résulte donc de ces faits qu'en dehors de toute solution de continuité de la muqueuse utérine, l'infection peut, par voie vaginale, atteindre l'utérus et donner lieu à la formation d'abcès qui ressortissent à la tuberculose.

Nous avons vu combien l'infection du parenchyme consécutive à la métrite semblait douteuse aux auteurs les plus modernes. Nous avons

(1) Cornil, sur la tuberculose des muqueuses considérées comme porte d'entrée de virus tub. *Congrès pour l'étude de la tub. chez l'homme et chez les animaux*, 1re session, 1888, 1er fascicule, Paris, Masson, 1889, p. 258-264.

(2) Cornil, *Leçons sur l'anat. pathol. des métrites*, etc. Paris, Alcan, 1889, p. 101.

(3) Dobroklonsky, Note sur le développement de la tuberculose après l'introduction dans l'organisme des bacilles tuberculeux par le tube digestif et par le vagin. *Congrès pour l'étude de la tub. chez l'homme et chez les animaux*, 1re session, 1888, Paris, Masson, 1889, p. 265-268.

(4) Guzzoni degli Ancarani, Tuberculosi primitiva dell' utero e suoi rapporti colla tubercolosi generale. *Rivista di ostetricia e ginecologia di Torino*, 1890, nos 21 et 22.

vu, d'autre part, qu'il était bien difficile de rapporter à autre chose qu'à la métrite préexistante les observations de Madlener, de Menge et de Lea.

Dans les cas de Madlener et de Lea, c'est à la faveur de la plaie placentaire, après un accouchement, que l'infection gonococcique a pu se produire.

Mais dans celui de Menge il semble bien que la blennorrhagie seule soit en cause. C'est six semaines après l'inoculation par le mari qu'on constate, dans l'utérus enlevé par l'hystérectomie supra-vaginale, la présence d'un abcès, dont le pus était très riche en gonocoques.

Nous sommes donc bien obligés d'admettre, pour expliquer ce cas, que les microorganismes peuvent envahir le mésomètre à travers la muqueuse et déterminer une exsudation leucocytique aboutissant à la formation d'un abcès, ou qu'il s'agit alors d'abcès lymphangitiques analogues à ceux décrits par J.-L. Championnière dans sa thèse.

Voilà donc un premier groupe de faits, répondant à la presque totalité des cas, où la porte d'entrée semble donc bien être la muqueuse utérine, ulcérée ou non.

L'inoculation par voie sanguine est tout à fait exceptionnelle ; on n'a jamais signalé d'abcès utérins au cours des grandes infections septicémiques ; seuls, les faits d'abcès tuberculeux de l'utérus semblent appartenir à cette variété pathogénique. Cependant c'est encore avec quelques réserves qu'il faut admettre cette inoculation par voie sanguine, même pour les cas d'abcès secondaires. Nous avons vu en effet que les expériences de Guzzoni degli Ancarani nous permettent d'affirmer la possibilité de l'inoculation du parenchyme, même à travers une muqueuse saine.

Quant aux abcès de l'utérus *par continuité*, ce sont de simples accidents au cours d'abcès pelviens, n'ayant de rapport avec l'utérus que la voie que celui-ci leur offre pour s'ouvrir à l'extérieur. Ils ne sauraient rentrer dans le cadre de la question et ne devront nous occuper qu'au moment du diagnostic. En résumé nous pouvons dire que l'inoculation de l'utérus se fait par la muqueuse ou par les vaisseaux. Nous ne saurions en effet admettre la voie que suppose Guzzoni degli Ancarani dans le cas qu'il rapporte : « Il n'est pas impossible, dit-il, que le virus tuberculeux ait pu être transporté, par le courant circulatoire, dans l'abdomen, et de là pêché par la trompe gauche, pour être ensuite conduit à l'angle correspondant du corps de l'utérus ! »

2° *La formation de l'abcès*, sans intérêt particulier pour les abcès tuberculeux, est encore sujet à discussion pour les abcès aigus.

Pour Bernutz, pour J.-L. Championnière, il s'agirait toujours de collections vasculaires purulentes, se faisant *dans les lymphatiques*. « On peut rencontrer dans la paroi de la matrice tous les intermédiaires entre les lymphatiques dilatés par le pus et ce qu'on appelle les abcès de l'utérus : vaisseau bosselé, dilaté ; vaisseau oblitéré en deux points rapprochés, distendu et déformé par le pus ; ampoule pleine de pus ; ampoule volumineuse enfin, dont l'origine ne peut être rapportée à un vaisseau lymphatique, qu'à cause de certains caractères » (J.-L. Championnière).

Certes l'abcès lymphangitique ne saurait être mis en doute et le mémoire de J.-L. Championnière le prouve surabondamment. Mais ce n'est pas là l'abcès de l'utérus, tel que le rapportent les auteurs. L'abcès de l'utérus constitue à lui seul une entité morbide, complication, il est vrai, d'une infection utérine, mais complication isolée et non modalité de la lymphangite utérine.

Aussi pensons-nous que dans bien des cas on est obligé d'admettre la possibilité d'abcès du parenchyme. Et alors même que la lymphangite n'a pas précédé l'abcès, il faut néanmoins expliquer le transport au sein du parenchyme des microbes pathogènes, et celui-ci ne saurait s'effectuer sans l'intermédiaire des lymphatiques ou des veines. Il est vrai que Madlener constata entre les fibres musculaires, le long des vaisseaux, une infiltration de leucocytes et de gonocoques ; mais dans la majorité des cas les auteurs ne signalent aucune trace du passage de l'infection dans le parenchyme.

Force nous est donc d'admettre que celle-ci s'est faite grâce à des embolies microbiennes, ayant leur point de départ dans la muqueuse utérine.

3° *Lieu d'élection de l'abcès*. — Un premier point frappe tout d'abord dans l'étude des abcès utérins. Tous ou presque tous siègent au niveau des cornes utérines. Qu'il s'agisse d'abcès post-puerpéraux ou post-abortiques, streptococciques ou gonococciques, voire même tuberculeux, c'est toujours au niveau de l'une des cornes que l'abcès se localise.

Faut-il voir dans cette localisation une simple coïncidence ou une prédisposition réelle de ce segment utérin, en raison de sa constitution anatomique ?

Deux faits caractérisent nettement l'étude anatomique de la corne utérine: c'est, d'une part, la prédominance des lymphatiques, de l'autre la fréquence de débris embryonnaires, comme nous l'avons démontré dans notre thèse.

Les lymphatiques ont été longuement étudiés par Championnière, qui les a vus, les uns superficiels, rampant sous le péritoine, les autres profonds, visibles seulement quand on a coupé perpendiculairement l'angle utérin ; cet auteur les a vus en grand nombre, accumulés dans les points où se fait l'insertion placentaire. Rendez-vous de la plus grande partie des lymphatiques utérins, la corne deviendrait le point de convergence de tous les microorganismes, qui pourraient dès lors y déterminer la formation d'abcès. Ce sont alors des *abcès angioleu-c'tiques.*

En second lieu, nous savons qu'il existe souvent, au niveau des cornes utérines, des débris embryonnaires qui se présentent parfois sous la forme de kystes plus ou moins volumineux (1), mais ne manifestant leur présence par aucun trouble fonctionnel. Survienne une infection utérine, elle trouvera au niveau de ces kystes préformés un admirable lieu d'élection pour la formation d'un abcès. Renfermés dans cette cavité close, les microorganismes exalteront alors leur virulence, et du petit kyste latent qui serait resté inoffensif jusqu'à la fin de la vie génitale de la femme, ils feront un abcès à développement progressif, qui nécessitera parfois une intervention hâtive. C'est l'explication que nous croyons devoir donner de la formation de la plupart des abcès vrais de l'utérus.

Ainsi s'expliquerait la rareté de ces abcès utérins, dont le développement est subordonné à l'existence antérieure de kystes non moins rares, et leur siège de prédilection au niveau des cornes utérines, où la fragilité de débris embryonnaires favorise leur développement.

Notre opinion nous paraît confirmée par l'observation d'Alterthum, où nous trouvons réunis les deux processus pathologiques (kystes et abcès), l'un dans la corne utérine gauche, l'autre dans la corne utérine droite.

A gauche, Alterthum signale dans la corne utérine des cavités disséminées, tapissées par un épithélium cylindrique et séparées de la lumière de la trompe par la couche musculaire circulaire épaissie. L'épithélium de ces cavités est en partie enlevé.

(1) Voir *Kystes embryonnaires* dans notre thèse.

A droite il trouve, dans l'épaisseur de la corne utérine, un épaississement nodulaire qu'on enlève. Le nodule est formé par un kyste à contenu caséeux.

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique comme au point de vue clinique, il existe quelques caractères distinctifs entre les différents abcès de l'utérus.

Les uns, aigus, attirent l'attention par leur formation rapide ; les autres, chroniques, peuvent passer inaperçus et ne constituer que des trouvailles d'autopsie tant leur évolution est lente.

SIÈGE. — Les abcès de l'utérus siègent, dans la grande majorité des cas, au niveau d'une corne utérine. On les a cependant signalés avec la même fréquence au niveau du fond de l'organe ; plus rarement ils siègent dans une des parois latérales ou antérieures. Ce sont presque toujours des abcès du corps ; nous ne devons cependant pas oublier les cas de J.-L. Championnière, où l'abcès siégeait à l'union du corps et du col ; celui d'Ashford où ile xistait une collection purulente dans la lèvre postérieure du col ; le cas de Fritsch enfin, dû à une inoculation directe, se rapporte à cette dernière localisation.

L'abcès peut être sous-péritonéal, intra-musculaire, sous-muqueux. La première variété est la plus fréquente ; l'abcès, recouvert d'une part par la séreuse péritonéale, est adossé par sa face profonde au tissu musculaire ; il se développe en somme dans le tissu séreux sous-péritonéal, mais nous savons combien celui-ci est peu épais et combien la séreuse est adhérente au niveau du fond. Aussi faut-il nettement distinguer ces abcès des abcès pelviens, se développant dans un tissu cellulaire lâche et indépendamment de l'utérus.

L'abcès sous-péritonéal du fond de l'utérus est au contraire un abcès vrai de l'utérus.

L'abcès intra-musculaire est le véritable abcès du parenchyme. Entouré de toutes parts de fibres musculaires lisses, il présente une paroi d'une épaisseur variable et se rapproche tantôt de la cavité péritonéale, tantôt de la cavité utérine.

L'abcès peut enfin se développer dans le tissu sous-muqueux. C'est de beaucoup la localisation la plus rare. Il est probable que l'abcès dans ces cas a passé souvent inaperçu. Se développant à son aise du côté de la cavité utérine, il s'ouvre spontanément dès que les limites de sa distension sont dépassées, et le pus s'écoule par les voies naturelles, comme une leucorrhée plus abondante que d'ordinaire. L'observation

personnelle que nous avons rapportée ne permet aucun doute au sujet du siège sous-muqueux de l'abcès, de même que l'abcès tuberculeux rapporté par Guzzoni degli Ancarani.

NOMBRE. — L'abcès utérin est généralement unique. Dans les cas de lymphangite utérine primitive, il peut cependant exister des abcès multiples : J.-L. Championnière signale des abcès volumineux allant de la face postérieure vers les angles et d'autres siégeant dans le col. Davis parle de plusieurs abcès sous-péritonéaux. Dans le cas de Penrōse, il existait sur le côté droit de l'utérus, dans la paroi même de l'organe et au-dessous de la corne, un abcès contenant environ deux grammes de pus, et sur le côté gauche un abcès plus petit, communiquant avec la cavité d'un abcès du ligament large, qui communiquait à son tour par un trajet avec le muscle psoas.

Küstner a vu des abcès atteignant le volume d'une noix dans un cas opéré pour prolapsus utérin, et Prochownick trouve l'utérus farci, dans toute l'épaisseur de son parenchyme, de nombreux petits abcès.

Turenne décrit de nombreuses cavités purulentes en plein tissu utérin.

Lepage signale à son tour deux abcès faisant saillie sur le bord supérieur de l'utérus.

Cette multiplicité des abcès augmente si nous envisageons les abcès tuberculeux (Giovanni Guzzo).

VOLUME. — Le volume de l'abcès est aussi très variable. Extrêmement petit lorsqu'il s'agit de tuberculose et d'abcès lymphangitiques au début, il augmente petit à petit et atteint un volume variable suivant le point où il se développe dans tous les autres cas. Ceux qui siègent sous le péritoine peuvent en effet se développer librement dans la cavité péritonéale, mais les abcès parenchymateux sont bridés par des fibres musculaires et sont obligés de vaincre la résistance du tissu utérin pour augmenter de volume. Les premiers atteignent facilement le volume d'un citron (Noble) et même plus : tel est le cas figuré par Schrōder où l'abcès s'élevait dans la cavité abdominale jusqu'à la hauteur de l'ombilic environ. Les seconds sont de la dimension d'une noisette (Saxinger, Schwartz, Champetier de Ribes), d'une noix (Küstner), d'un œuf d'oie (Scanzoni, Pettit et Pichevin). Dans l'observation 1 de Cavazzani, l'abcès intra-parenchymateux atteignait le volume d'un utérus gravide de six mois.

Forme. — La forme de l'abcès ne présente aucun intérêt. Plus ou moins arrondi, il s'adapte aux régions qui le limitent.

Rappelons cependant que les petits abcès lymphangitiques se présentent dans le sens où se dirigent les lymphatiques, et que Lepage décrit deux abcès en forme d'haltère sur le bord supérieur de l'utérus. Dans le cas de Boldt, le foyer avait la forme d'un canal ayant traversé presque toute la largeur de l'utérus dans la moitié supérieure du corps.

Contenu. — Le contenu de l'abcès est du pus généralement épais, bien lié, dont la quantité varie de quelques grammes (2 gr. Penröse, 3 à 4 gr. Boldt, 30 gr. Bird, Churchill) à 60 grammes Ashford, 60 à 90 grammes Ricketts, 2 litres Guido Cavazzani, obs. 1.

Il est légèrement crémeux, jaunâtre ou verdâtre, fade et sans odeur particulière.

Généralement stérile dans le cas d'abcès tuberculeux, le pus peut être riche en gonocoques (Menge), en streptocoques, ou en microbes associés.

Parois. — La paroi de l'abcès est en grande partie constituée par le parenchyme lui-même. Suivant le siège de l'abcès, elle peut cependant être doublée par la séreuse ou la muqueuse.

Pour ce qui est de sa structure, les auteurs ne donnent que des renseignements tellement vagues qu'il est absolument impossible d'en déduire la constitution. Nous ne pouvons que la supposer, d'après les notions pathogéniques que nous avons émises.

Dans le cas de Bird, les parois de l'abcès étaient d'une épaisseur variant d'un quart à trois quarts de pouce, la portion la moins épaisse était celle qui était en rapport avec la cavité de l'utérus.

Il existait un développement énorme des fibres charnues, autour de l'abcès, dans le cas d'Hervez de Chégoin : les fibres étaient infiltrées et la paroi interne était tapissée par une membrane d'un jaune sale, tomenteuse, épaisse d'une demi-ligne.

Pettit et Pichevin décrivent une cavité tomenteuse, irrégulière, d'aspect grisâtre, dont les parois, formées exclusivement par le tissu utérin, se confondent avec le reste du parenchyme.

L'examen histologique du cas de Madlener lui permit de reconnaitre une infiltration très abondante de cellules rondes entre les fibres musculaires, le long des vaisseaux ; on y trouvait des cellules ressemblant

à des cellules épithélioïdes, des leucocytes polynucléaires, des mastzellen.

S'il s'agit d'abcès lymphangitiques, la paroi lisse offre toute l'apparence d'une paroi vasculaire, comme dans les cas que rapporte Championnière.

S'il s'agit d'abcès tuberculeux, on constate le processus tuberculeux normal avec zone grise périphérique et ramollissement caséeux au centre.

Lésions de voisinage. — L'utérus est en même temps légèrement altéré. Il augmente de volume, soit que cette augmentation dépende de l'abcès qu'il contient, soit qu'il subisse lui-même une hypertrophie réactionnelle.

Le fond était trois fois plus gros que normalement dans le cas de Bird.

L'utérus peut atteindre le volume du poing (Augustein), être augmenté dans tous ses diamètres, ou simplement en partie.

En même temps il peut présenter des lésions de dégénérescence. Il peut être mou (Saxinger), flasque (Grammatikat), œdématié (Madlener), jaune, en dégénérescence graisseuse (Penröse). En cas de réaction aiguë, on peut trouver des lésions lymphangitiques ou des infiltrations leucocytiques et même gonococciques (Madlener).

Le péritoine présente souvent une réaction évidente. Il était rouge sombre, enflammé dans le cas de Ricketts; le plus souvent, des adhérences multiples avec les organes voisins (intestin, épiploon, vessie, rectum) limitent l'inflammation et déterminent l'ouverture de l'abcès dans un de ces organes.

Si le péritoine ne réagit pas, l'abcès s'ouvre dans la cavité péritonéale et détermine une péritonite généralisée mortelle (Scanzoni, Saxinger, Grammatikat, Champetier de Ribes, Lea).

Si le péritoine a eu le temps de réagir, l'abcès s'ouvrira dans un organe voisin et dans le rectum de préférence.

Si l'abcès siège près de la muqueuse, il peut s'ouvrir spontanément dans la cavité utérine (Franqué, Budin, Pettit et Pichevin), ou accidentellement à la suite de manœuvres intra-utérines (obs. personnelle et obs. Fritsch) et guérir rapidement.

Signalons, enfin, les lésions inflammatoires concomitantes, telles qu'annexite bilatérale (Menge, Schwartz), abcès de l'ovaire et salpingite (Noble), abcès du ligament large.



Étude clinique. — Les caractères cliniques de l'abcès utérin sont assez différents suivant qu'on a affaire à un abcès à marche aiguë ou chronique.

Nous étudierons séparément ces deux formes, dont l'évolution est tellement différente que la deuxième variété peut n'être qu'une trouvaille d'autopsie, alors que la première se manifeste toujours par des symptômes aigus qui nécessitent une intervention immédiate.

1° *L'abcès aigu* débute presque toujours d'une façon brusque, soit qu'il succède à une infection puerpérale et qu'il se manifeste, à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, par des symptômes d'infection utérine, soit qu'il apparaisse comme complication au cours d'une métrite aiguë, dont les symptômes s'accompagnent de l'apparition d'une tumeur utérine, soit enfin qu'il soit le fait de l'inoculation directe du mésomètre par un instrument contaminé.

L'abcès, en se développant au sein du parenchyme utérin, réagit peu sur l'organe lui-même. Les manifestations extérieures sont d'un ordre purement général, et ce n'est que par l'association de quelques modifications locales associées à des troubles généraux vagues, qu'on peut localiser la lésion dans les organes génitaux. Quant au diagnostic exact, aucun auteur ne l'a encore posé.

Les troubles fonctionnels font le plus souvent défaut. La leucorrhée est, il est vrai, la règle, mais elle traduit uniquement l'état d'infection de la cavité utérine. Parfois il existe un véritable écoulement de pus, l'abcès se trouvant alors, à la suite d'une rupture, en communication avec la cavité utérine. C'est le cas de la malade de Pettit et Pichevin, qui pendant trois ans perdit du pus par le vagin. A l'autopsie on trouva un abcès s'ouvrant dans la cavité utérine.

La menstruation est souvent modifiée; la malade de Grammatikat avait des règles plus abondantes qu'auparavant. C'est en effet dans ce sens que se modifient les menstrues.

C'est probablement une réaction de voisinage qui détermine les troubles de la miction et de la défécation que signalent souvent les auteurs, soit qu'il se produise entre la vessie, l'utérus et le rectum des adhérences défensives, qui retentissent sur ces organes pour en déterminer les troubles fonctionnels, soit que l'utérus, en augmentant de volume, détermine leur compression.

Les douleurs apparaissent enfin; elles sont spontanées à l'hypogastre, à caractères paroxystiques, ou bien se manifestent à la suite

d'un examen physique de la malade. Dans ce cas elles sont localisées, pouvant faire présumer par leur fixité du siège de l'abcès.

L'examen physique ne permet guère de préciser davantage le diagnostic. Quand il n'y a pas encore d'adhérences produites, que l'abcès est nettement utérin, on observe une augmentation de volume de l'organe, facilement constatable par le toucher combiné. Si l'abcès siège au niveau du col, le doigt vaginal sentira une tuméfaction ramollie, fluctuante, légèrement douloureuse, mais une collection en tout autre point ne sera en aucune façon pathognomonique, pouvant être symptomatique de toutes les suppurations péri-utérines.

Si les organes environnants ont eu le temps de réagir, si des adhérences se sont établies, les signes physiques deviennent encore plus obscurs, et le diagnostic de collection pelvienne est le seul qu'on soit autorisé à établir.

Quant à l'utérus lui-même, il est augmenté de volume, ramolli en général et toujours très sensible le plus souvent au niveau du fond ou des cornes.

L'abcès utérin manifeste sa présence dans le parenchyme par des troubles généraux graves. La fièvre, les frissons sont la règle : ils traduisent la formation d'une collection purulente et se manifestent sous forme d'accès coïncidant avec une augmentation de volume de la tumeur.

Les malaises, le manque d'appétit, l'insomnie peuvent dans certains cas accompagner l'apparition de la fièvre.

L'évolution est nettement progressive. C'est à l'ouverture qu'aboutit l'abcès dans la généralité des cas.

Celle-ci peut se faire plus ou moins rapidement dans un organe voisin, dans la cavité utérine, dans le péritoine enfin, donnant lieu à une péritonite mortelle, qui apparaissait brusquement au 22e jour chez la malade de Scanzoni, au 3e jour pour la malade d'Ashford.

Dans d'autres cas, l'évolution est plus lente ; elle se fait par poussées successives, avec rémissions de plus ou moins longue durée.

L'abcès peut venir s'ouvrir à l'extérieur et il semble que la région ombilicale soit un lieu de prédilection. Mais nous ne pouvons nous empêcher d'émettre un doute au sujet de ces observations, qui semblent plutôt appartenir aux collections péri-utérines.

Nous avons déjà signalé l'ouverture dans la cavité utérine (cas de Pettit et Pichevin, de Budin, de Franqué).

L'ouverture dans le rectum a été signalée par Bird et par Schröder et s'accompagnait de diarrhées profuses.

Berrutti affirme en avoir vu un s'ouvrir spontanément dans la vessie.

L'ouverture dans les autres organes n'a jamais été signalée ; elle ne peut être que supposée.

La mort peut survenir encore par suite de processus métastatiques ou d'une suppuration prolongée : un abcès de l'utérus, tout comme un myome infecté, peut déterminer une infection putride de l'utérus.

2° *L'abcès chronique* est beaucoup plus rare. Son début est généralement lent et insidieux. Dans la majorité des cas il s'agit d'abcès tuberculeux évoluant au cours d'une tuberculose générale ou locale, ou d'abcès tuberculeux consécutifs à une infection légère ou chronique de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, ils restent longtemps silencieux et rien ne permet à l'origine de soupçonner leur présence.

Dans l'observation de Hervez de Chégoin l'abcès semblait bien exister depuis plus de six mois. En général il est difficile de préciser la date du début.

Il est rare cependant que l'abcès soit chronique d'emblée. Souvent il débute d'une façon brusque avec tous les symptômes de l'abcès aigu (fièvre, frissons, douleurs abdominales, météorisme, anorexie, vomissements, troubles vésicaux, etc.) puis, après, une période plus ou moins longue, ces symptômes s'amendent et il ne persiste dans le bas-ventre que de légères douleurs.

Dans d'autres cas, on assiste à des alternatives d'amélioration et d'aggravation. La malade de Giovanni Guzzo présenta, pendant quatre ans, des douleurs utérines violentes, avec accroissement progressif du volume de l'utérus, interrompues cependant par des périodes d'accalmie.

Parfois, enfin, l'abcès est absolument latent, et ce n'est qu'au cours d'une opération ou à l'autopsie qu'on le découvre.

En général, cependant, les troubles sont assez accusés pour attirer à un moment donné l'attention du côté des organes génitaux.

Les signes généraux sont souvent absents. Les symptômes fonctionnels se résument en douleurs vagues dans le bas-ventre, tiraillements, métrorragies parfois, leucorrhée souvent. Les signes physiques sont plus constants et peuvent, quand on les recherche, fournir quelques

renseignements. L'examen attentif permettra en effet souvent de reconnaître la présence, en un point déterminé de l'utérus, d'une collection fluctuante et mobile avec la matrice. Mais, tôt ou tard, l'abcès s'ouvre dans un organe voisin.

La malade de Giovanni Guzzo succombe finalement, après quatre ans, à une péritonite généralisée par rupture de l'abcès dans le péritoine.

L'ouverture dans l'utérus peut également s'observer. Guzzo signale dans son cas la présence de quelques abcès tuberculeux très voisins de la cavité utérine, prêts à s'y ouvrir.

Comme pour les abcès aigus, le pronostic est donc toujours assombri par l'ouverture possible de l'abcès.

Dans le cas d'abcès tuberculeux, la mort peut parfois être due à une généralisation partie du foyer utérin. La malade de Guzzoni degli Ancarani était morte de broncho-pneumonie et de méningite, mais l'origine primitive de la tuberculose, dit l'auteur, était dans un foyer qui existait dans le corps de l'utérus, en plein parenchyme.

En somme, l'abcès chronique ne diffère de l'abcès aigu que par son évolution plus lente, entrecoupée parfois de rémissions, et par une moindre intensité des phénomènes réactionnels.

Diagnostic. — Le diagnostic d'abcès de l'utérus est d'une difficulté extrême ; dans aucun cas il n'a encore été posé avant l'intervention.

1° Au début, alors que l'abcès ne se révèle que par des phénomènes généraux, on pourra songer à l'infection puerpérale, mais dans ce dernier cas les symptômes suivront une marche rapidement progressive, tandis que si l'infection se localise en un point déterminé de l'utérus, on verra rapidement les signes généraux s'amender, pour faire place à des signes locaux plus marqués ;

2° Quand l'abcès se présente avec des allures franchement aiguës, que, libre de toute adhérence, il siège sur une des faces ou au fond de l'utérus, qu'il est plus ou moins fluctuant, et qu'il est mobile avec l'organe, qu'il détermine de la fièvre et des phénomènes généraux, on pourra peut-être faire parfois le diagnostic de collection intra-utérine. Mais si on veut préciser davantage, les erreurs sont fréquentes.

Un fibro-myome suppuré peut se présenter en effet avec des allures cliniques absolument analogues, et pour peu qu'on ait méconnu la présence du fibrome avant la suppuration, le diagnostic est dans certains cas impossible. En général cependant, la femme a présenté

antérieurement des troubles utérins qui ont attiré l'attention de ce côté.

La grossesse peut s'accompagner de phénomènes fébriles : le ramollissement de l'utérus et la fièvre réunis pourront dès lors induire en erreur. L'interrogatoire devra dans ce cas être très précis.

La pyométrie donne également lieu à la formation d'une collection intra-utérine s'accompagnant de phénomènes fébriles. L'examen direct au spéculum et la dilatation lèveront tous les doutes.

3° Quand des adhérences se sont établies entre l'utérus, les annexes et les organes voisins, il est absolument impossible de localiser la collection purulente. On pensera successivement à un pyo-salpinx, à un abcès pelvien, à une ovarite suppurée, à une périmétrite, voire même à une appendicite, et l'on ne songera certes pas à l'abcès utérin. Ce sont des erreurs de diagnostic de ce genre que nous avons trouvées dans toutes les observations que nous avons recueillies. En dehors des 41 observations d'abcès vrais de l'utérus, où le diagnostic n'a jamais été fait, nous avons en effet réuni dans notre thèse, à titre de documents, 28 observations étiquetées par les auteurs « abcès de l'utérus » et qui cependant nous ont paru devoir être éliminées du cadre que nous avons tracé. Toutes en effet nous ont semblé se rapporter à des suppurations circum-utérines et non intra-parenchymateuses.

4° Restent les abcès chroniques, à début le plus souvent aigu il est vrai, mais évoluant dans la suite sans phénomènes généraux, et présentant des périodes de rémission souvent longues. C'est par les phénomènes locaux et les commémoratifs qu'on fera le diagnostic.

On éliminera les kystes par leur indolence, leur peu de réaction, l'abcès étant toujours plus ou moins douloureux et présentant souvent des adhérences qui fixent l'organe.

Les dégénérescences œdémateuses ou kystiques des fibromes se présentent chez des femmes qui ont depuis longtemps un fibrome reconnu.

Les kystes ovariens, ou du ligament large, sont latéraux généralement, indépendants de l'utérus auquel ils sont réunis par un pédicule.

5° Lorsque l'abcès s'ouvre spontanément au dehors, il faudra songer, avant de conclure à l'ouverture d'un abcès utérin, à la possibilité de l'évacuation par l'utérus d'un noyau fibromateux suppuré, d'une pyosalpingite ou de l'hydrops tubæ profluens de Froriep, sans oublier la pyométrie.

Traitement. — Le traitement des abcès de l'utérus est subordonné au siège anatomique de la lésion, à la cause et aux complications qui peuvent survenir, mais dans tous les cas il ne saurait être autre que chirurgical.

Si l'abcès siège dans le col, fait tout à fait exceptionnel, puisque la majorité des abcès se développent au niveau du corps, la simple incision par le vagin, le curettage et le drainage de la poche suffiront le plus souvent. C'est la conduite qu'a tenue Ashford dans le cas qu'il rapporte.

Si l'abcès bombe dans la cavité utérine, il sera possible, après dilatation du col, de pénétrer dans la cavité pour ouvrir l'abcès. C'est ce traitement qui s'effectua spontanément dans notre observation personnelle. C'est la méthode qu'employa Lawson Tait dans son cas qu'il croyait être un petit fibrome en train de se ramollir, ou un véritable abcès de la paroi antérieure de l'utérus.

La laparotomie enfin est de règle chaque fois que l'abcès siège au niveau du fond. On a conseillé dans certains cas d'aller ouvrir l'abcès par voie vaginale et d'établir un drainage comme l'a fait Ricketts. Mais ce sont là des manœuvres très aléatoires et qui exposent à des complications funestes qu'il ne faut pas risquer dans le simple but de conserver l'utérus.

D'autre part, l'abcès peut se trouver néttement localisé dans le fond de l'utérus, l'organe étant sain partout ailleurs et les annexes indemnes. Dans ces cas, si la femme est jeune, il peut y avoir intérêt à faire une intervention partielle, pour ménager la possibilité d'une grossesse ultérieure. Augustein opéra de la façon suivante. Après laparotomie, il trouve un point fluctuant dans le fond de l'utérus, le ponctionne, et reconnaissant du pus, incise la tuméfaction, de laquelle il s'écoula beaucoup de pus. Après curettage des parois de l'abcès, il bourra avec de la gaze iodoformée : la malade guérit.

Noble trouve après laparotomie un abcès du fond de l'utérus, qu'il incise, curette et cautérise à l'acide phénique. Il met un drain dans le Douglas. La malade guérit.

Walter, dans l'observation de Lepage, fait une laparotomie latérale, trouve sur le bord supérieur de l'utérus deux abcès, qu'il curette, nettoie aussi complètement que possible et établit un large drainage. La malade mourut le lendemain soir.

Plus récemment encore, Lea fait une laparotomie, incise la paroi

postérieure du vagin, introduit un drain par le Douglas, bourre la cavité de l'abcès ainsi que le Douglas avec une mèche iodoformée, qu'il fait sortir par le vagin.

En présence d'abcès multiples, de parois infiltrées de pus, d'annexes malades, on a eu recours à l'hystérectomie vaginale (Madlener, Turenne, Prochownick) ou à l'hystérectomie abdominale (Penröse, Davis, Menge, Cavazzani, Drose, Schwartz).

De tous ces procédés, celui qui semble avoir donné les meilleurs résultats est l'ouverture, le curettage et le drainage de la cavité de l'abcès. Sur 4 cas où ce procédé fut employé, 3 ont guéri (Augustein, Noble, Lea), un seul est mort (Walter), et encore faut-il ajouter que celui-ci fut opéré en pleine péritonite diffuse.

Il est évident qu'en présence d'abcès vrais de l'utérus, nettement localisés au niveau des cornes, il est inutile de faire l'ablation de tout l'organe, si on peut l'éviter. Mais c'est toujours à regret qu'on draine dans la cavité abdominale en l'absence d'adhérences protectrices.

Aussi nous semble-t-il plus logique, dans ces cas d'abcès bien enkystés, d'énucléer en quelque sorte l'abcès avec le feutrage musculaire qui l'entoure ; on opère ainsi en tissu sain et on peut faire une réunion par première intention. Dans tous ces cas on sera presque toujours forcé de faire l'ablation des annexes du même côté.

Nous conseillons donc, quand le siège de l'abcès le permet, l'ablation de la corne utérine malade et des annexes du même côté.

Dans tous les autres cas, le seul traitement rationnel sera l'hystérectomie abdominale totale.

REVUE GÉNÉRALE

DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS

D'après **BUMM** et **BLUMREICH, C. RUGE, OLSHAUSEN.**

Par le Dr **R. LABUSQUIÈRE.**

Tout d'abord le premier mémoire de Bumm et Blumreich, et à cause de la très grande rareté de la pièce pathologique qui en fut le point de départ, voici l'observation clinique qui lui correspond :

Observation. — Ipare, 39 ans, jamais malade antérieurement. Date des dernières règles non précisée. Début des douleurs le 30 janvier 1905, à 1 heure de l'après-midi. Le 26 janvier et le jour du début du travail, il y aurait eu quelque perte génitale de sang. La sage-femme demanda aide à cause d'une présentation transversale. *État* le 30 janvier à minuit et demi : femme forte, tissus adipeux et musculature bien développés, ventre très distendu, circonférence 105 centimètres; fond de l'utérus déplacé fortement à droite ; à gauche, des anses intestinales ballonnées proéminent nettement. Dimensions externes du bassin : 26, 29, 31, 20. A droite, au niveau du fond de l'utérus, petites parties ; à gauche, siège. Doubles battements fœtaux, 140, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du nombril. Au-dessus de la symphyse, une partie semi-sphérique, dure. Contractions fortes. Cœur normal, bruits purs. *Examen interne* : orifice externe dilaté comme une pièce de 5 francs; durant la contraction, comme une paume de main ; poche des eaux intacte; en arrière la tête fœtale fixe au détroit supérieur, presque transversale : petite fontanelle à gauche plus élevée, grande fontanelle à droite plus basse. Promontoire non accessible sans narcose. Entre la poche des eaux et l'orifice externe, caillots sanguins en petite quantité. Du tissu placentaire, rien de constatable. A 1 heure et demie, rupture de la poche des eaux ; la femme est placée sur le côté gauche. Les douleurs se maintiennent aussi énergiques. Brusquement, à 6 heures, le 31 janvier, la femme, bien jusque-là, est prise d'une dyspnée intense, se cyanose et meurt en quelques secondes.

Examen interne post-mortem. — Tête fœtale basse dans le bassin, près du détroit inférieur. Parties maternelles, périnée et vagin, d'extensibilité moyenne.

Au résumé, primipare de 39 ans, chez laquelle les contractions utérines

avaient été fortes et le travail avait constamment progressé. L'activité utérine durait depuis dix-sept heures, quand, subitement, la tête fœtale étant déjà profonde dans le bassin et la dilatation étant complète, la femme mourut avec les signes de l'embolie.

Les auteurs entrent ensuite dans la description circonstanciée de toutes les précautions prises pour ne pas modifier, dans les manipulations nécessitées par la congélation, les rapports, les caractères naturels et les particularités de l'appareil génital, dont la conservation intégrale et l'examen minutieux, tant macroscopique que microscopique, importaient pour une étude documentée du segment inférieur de l'utérus.

Constatations macroscopiques. — Bassin tout à fait normal, les dimensions externes correspondant aux moyennes ; conj. vr., 11 centimètres un quart; ainsi, il ne pouvait y avoir eu à l'expulsion aucune difficulté de provenance pelvienne. La vessie est vide ; son sommet dépasse, sur la ligne médiane, de 2 centimètres et demi le bord supérieur du pubis, en sorte que les deux tiers de cet organe sont dans l'excavation. Tandis que la moitié inférieure de la vessie (4 centimètres et demi) est unie par du tissu connectif *lâche* à la paroi de l'utérus située en arrière, la moitié supérieure est séparée de la matrice par un cul-de-sac péritonéal, profond de 4 centimètres et demi (1). Le pli de déflexion du péritoine est situé en avant, exactement à l'angle que la face supérieure de la symphyse fait avec la postérieure. Deux millimètres plus haut seulement se trouve le point d'adhérence solide du péritoine ; le placenta s'insère précisément à cette hauteur. Les conditions sont différentes à la paroi postérieure de l'utérus. Ici, le péritoine descend très loin. Le pli de déflexion siège 2 centimètres au-dessous de l'orifice externe, l'adhérence fixe commence 13 centimètres plus haut, au point où la partie de la paroi distendue, épaissie, s'épaissit rapidement, commence à augmenter de volume. Ces points de l'adhérence solide du placenta tirent une importance particulière de ce fait, que l'école de Schroeder les tient pour les limites supérieures du soi-disant segment inférieur de l'utérus, de la partie du corps se continuant avec le canal de la parturition.

(1) On sait, écrivent les auteurs, que Fehling pensait qu'il existe entre une zone de fond de la vessie et le col une union très étroite, en sorte que, à son avis, il devenait possible de tirer, de la situation de la vessie par rapport à l'utérus, des conclusions sur les modifications mécaniques subies par ce dernier, sur l'extension du col par exemple, etc. Mais, à toutes périodes, ces conditions sont si variables, qu'il est à peine besoin d'en parler ; il est même des cas dans lesquels le cul-de-sac péritonéal descend si bas que vessie et col utérin sont complètement séparés.

Examine-t-on la coupe congelée, tout de suite on est frappé de sa division, comme en deux parties : 1° le muscle creux à paroi relativement épaisse ; 2° le canal parturitif à paroi distendue.

La longueur du canal d'extension mesure en avant, de l'orifice externe à l'insertion du placenta, 6 centimètres trois quarts ; en arrière, à la saillie la plus basse du relief de contraction, 12 centimètres et demi de l'orifice externe. En avant, immédiatement au-dessous du placenta, en arrière, à partir du promontoire, la paroi s'amincit beaucoup (épaisseur moyenne, 1 millimètre et demi à 2 millimètres et demi). De l'orifice externe persiste encore, bien que la tête fût déjà en partie dans le vagin, un bourrelet, formant un cylindre de 1 centimètre et demi de long.

Poursuivant leur description, les auteurs signalent les saillies et dépressions multiples que présente l'utérus, et qui ne sont que les effets : d'une part, de la malléabilité de l'organe, de sa tendance à se mouler sur son contenu, et aussi des actions mécaniques produites par la ligne innominée, par les parties fœtales saillantes, etc. Ils rappellent ensuite les plus importantes des conditions macroscopiques de la façon suivante : *a*) adhérences solides du péritoine : en avant, immédiatement au-dessous de l'insertion placentaire ; en arrière, au-dessous de la ligne proéminente du relief de contraction ; *b*) division du canal génital en deux parties, une inférieure, à paroi très étirée, très distendue, une supérieure à paroi notablement plus épaisse, et séparées par un relief annulaire très accusé, qui, à peu près dans la moitié de son contour, présente un relief de contraction net, avec un épaississement de la paroi considérable en comparaison de la partie sous-jacente.

Les auteurs passent ensuite à l'étude des éléments histologiques, qu'ils poursuivent en rappelant les opinions si divergentes émises sur l'origine du soi-disant segment inférieur de l'utérus. Et *les conclusions générales* de leurs recherches patientes, dont la relation montre les grandes difficultés et dont les résultats sont bien faits pour étonner, sont celles-ci : « chez cette femme morte durant la période d'expulsion, nous trouvons un anneau de contraction net, au bord inférieur duquel fait suite la partie étirée, étendue. *Avec le commencement de la partie de la paroi étirée, apparaissent les premières glandes portant une couche épithéliale nette, dont les caractères en tant que glandes du col, abstraction faite du contraste entre le canal d'extension et le muscle creux, sont affirmés par la hauteur partiellement diminuée de l'épithélium, par le contenu muqueux et l'absence de cellules déciduales.*

Comme tout ce qui est étiré, en extension, porte une muqueuse du col, nous devons ajouter : on peut aussi peu mettre en évidence un segment utérin inférieur, étiré, provenant du corps de la matrice (d'après l'idée que s'en faisait l'école de Schroeder), *que démontrer une transformation en caduque, qui correspondrait aux assertions* de *Bandl*, *Kustner*, etc.

Autant que notre observation — en rien pathologique — permet de formuler une conclusion : *durant la période d'expulsion, c'est le col, et seulement le col, qui, avec le vagin, concourt à former le canal de passage ; ce qui est au-dessus est le corps et fonctionne en tant que muscle creux expulseur.*

*
* *

Au premier travail présenté par Blumreich à la « Soc. Obst. et Gyn. de Berlin », Bumm en a ajouté un autre, complémentaire en quelque sorte. En premier lieu, il s'applique à démontrer que si les résultats antérieurement obtenus sur les points discutés ont été très médiocres en proportion de la multiplicité des recherches, c'est que, trop souvent, on a essayé de solutionner la question du segment inférieur par l'étude de pièces tout à fait impropres pour cette solution : *a*) *utérus de la grossesse* (1), *b) du post-partum*, *c*) *des suites de couches*, dont les parois, sous l'influence de causes diverses, sont sujettes à subir des modifications de forme plus ou moins étendues, de consistance, d'épaisseur (dépressions sacculaires des premiers mois de la grossesse, amincissement régional de la paroi utérine par compression de parties fœtales, d'organes voisins, modifications de la paroi effets de ses tendances plastiques, de ses tendances à se mouler sur un caillot, sur le placenta retenu, etc., de sorte que, *pour étudier l'état de la musculeuse durant l'accouchement, il faut s'en tenir à l'utérus parturient qui enveloppe encore le fruit*. Et encore tous ces utérus ne conviennent-ils pas, les *utérus rupturés* par exemple, qui, du fait de la rupture, subissent des mouvements, des tassements musculaires et des amincissements anormaux, etc. ; *ne sont valables pour l'étude de l'état de la musculeuse, de sa répartition en quelque sorte* sub partu, *que les utérus qui, grâce à une rapide congélation ou à*

(1) Bien entendu, ces utérus, remarque Bumm, permettent d'étudier l'état du col pendant la grossesse. D'ailleurs, sous ce point de vue, la doctrine (école de Schroeder) de la persistance du col jusqu'à la fin de la grossesse mérite d'être conservée, avec la restriction nécessaire que, durant la dernière quinzaine, la partie supérieure du col peut s'effacer en conservant son épithélium propre, ses glandes, et sans subir aucune réaction déciduale : *le col reste le col.*

toute autre méthode de fixation (formol, Muller-formol), *ont pu, sans éprouver aucune modification, être fixés dans le même état où ils étaient durant la vie.*

L'étude des coupes après congélation d'utérus à la *période de dilatation*, pièces assez nombreuses (Schroeder, Barbour, Winter I et II, Saexinger, Barbour et Webster, Pestalozza, Pinard et Varnier, Testut et Blanc, Tibone, Léopold I et II, Lusk), montre que *l'ouverture de la cavité cervicale commence à l'orifice interne, pour se continuer de haut en bas.* Il ne se produit, en même temps que l'effacement du col qui aboutit à la dilatation de l'orifice externe, aucun amincissement du segment inférieur de l'utérus. A la vérité, on remarque sur quelques coupes que la paroi utérine est comprimée par la tête fœtale, et par suite, cette paroi paraît par points un peu plus mince ; mais, nulle part, on ne constate une partie inférieure de l'utérus, régulièrement amincie et séparée d'une portion épaisse supérieure par une saillie de contraction, non plus qu'une portion de l'utérus relâchée, distendue, étirée, faisant suite à une autre partie rétractée, épaissie. Cette différence entre l'état du corps de l'utérus et du segment inférieur inconstatable à l'examen macroscopique, Bumm ne la trouva pas davantage, bien qu'avec le secours de l'examen microscopique, sur deux utérus parturients, à la période de dilatation. Il existait bien une différence nette entre la musculeuse du col et celle du corps, mais au niveau du segment inférieur la direction et la disposition des fibres musculaires ne se distinguent en rien de l'état sur le muscle creux. Même là, où l'effacement du col est déjà terminé et où la dilatation de l'orifice externe est bien avancée, manque tout vestige d'anneau de contraction.

De l'examen critique des pièces pathologiques rassemblées jusqu'ici et se rapportant à la *période de dilatation*, découlerait donc cette conclusion : dans les conditions normales, *il n'y a pas, pendant la période de dilatation, formation, au niveau du segment inférieur du corps de l'utérus, d'une zone distendue et relâchée.*

***

Il y a lieu, maintenant, de se demander : *l'état de la musculeuse étant tel, un changement s'opère-t-il lorsque l'orifice externe sous l'influence de la contraction est étiré au maximum et que la partie fœtale, première, est poussée à travers le bassin ?*

Il faut chercher la réponse à cette question sur les *coupes congelées de la deuxième période.* A l'heure actuelle, on en possède neuf :

Braune (1872), Chiara (1878), Chiari (1878), V. Mars (1890), Barbour et Webster (1891), Zweifel I et II (1893), Léopold (1897), Bumm et Blumreich (1905).

Bumm a reproduit, dans sa monographie, en les ramenant à peu près aux mêmes dimensions pour en faciliter la comparaison, ces 9 pièces pathologiques. Mais, après un examen critique soigneux de chacune d'elles, il en écarte 5 comme inutilisables, parce que la disposition *normale de la musculeuse utérine, pour cette deuxième période du travail,* a pu être troublée par une ou plusieurs conditions exceptionnelles ou parce qu'il n'existe pas d'anneau de contraction net : *a*) de V. de Mars, I de Zweifel, rupture ; *b*) de Léopold, II de Zweifel, placenta prœvia, etc., de Chiara, pas de séparation nette entre la partie inférieure plus mince de la partie supérieure, pas d'examen microscopique. Au total, 4 coupes seulement sont utilisables pour l'étude du col et du soi-disant segment inférieur à la période d'expulsion : dans ces 4 cas le fœtus était en présentation occipitale, et la tête basse, au détroit inférieur, avec la poche conservée (Braune, Chiari), ou rupturée (Barbour, Bumm). Sur 3 seulement de ces pièces (Braune, Barbour, Bumm) se trouve réalisé ce que l'école de Schroeder donne comme typique : la *séparation nette du muscle contractile du canal de passage distendu, étiré.* Et dans l'ensemble, ces 3 coupes ont une grande ressemblance. Sur toutes, l'orifice externe est marqué par un bourrelet de tissu net ; plusieurs saillies, plutôt faibles, s'élèvent de là dans la zone amincie, empreintes produites par des saillies fœtales ou par la ligne innominée. La séparation au-dessus est formée par le relief qui résulte de l'épaississement brusque de la musculeuse, dénommé généralement anneau de contraction. Il proémine partout en arrière (dans la pièce de Braun, au niveau du promontoire ; de Bumm, au niveau de la première lombaire ; de Barbour, au niveau du disque entre la première et la deuxième lombaire). En avant, au contraire, il est représenté dans celle de Braune par un épaississement fusiforme ; dans celles de Barbour et de Bumm, elle n'est marquée que par le bord inférieur proéminent du placenta. *La partie étirée* est à peu près égale dans les pièces de Braune et de Bumm (11 à 12 centimètres de l'orifice externe à l'anneau de contraction, avec 17 à 19 centimètres pour la longueur du corps) ; plus courte dans la pièce de Barbour, où il s'agissait d'un fœtus plus petit (8 centimètres contre 13 centimètres de longueur du corps).

Et comme il a été déjà dit par Blumreich, la *conclusion* de ces

recherches est *que toute la portion rétractée de la paroi utérine appartient au corps, tandis que toute la portion distendue, de l'orifice externe à l'anneau de contraction, appartient au col.*

∴

Ces communications de Blumreich et de Bumm, qui tendent à ruiner une doctrine que la plupart jugeaient définitivement établie : l'*origine du segment* inférieur, ont provoqué à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Berlin une discussion, que nous résumons ici. Et d'abord un mémoire de C. Ruge, qui est en quelque sorte la contre-partie des premiers sur la solution de la question : *le col se transforme-t-il en segment inférieur?* Après beaucoup de tentatives diverses, *C. Ruge a toujours été ramené à l'examen d'utérus gravides* : il tient, contrairement à Bumm, les préparations d'utérus parturients pour peu utilisables, d'interprétation difficile ; ces dernières préparations laissent bien voir à l'œil nu *quelle partie est distendue*, mais ne permettent pas de préciser si, histologiquement, cette partie étendue provient du col. Les questions histologiques ne peuvent pas être résolues cliniquement, et, d'autre part, l'examen histologique de coupes d'utérus parturients devient très difficile à cause des tiraillements, des distensions, des infiltrations sanguines des éléments anatomiques. Au contraire, C. Ruge est d'avis que cette question doit être résolue par l'étude d'utérus gravides, de même que celle de la *régression du segment inférieur*, c'est-à-dire *de son retour progressif à ce qu'il était auparavant*, exige d'être étudiée sur des utérus du *post-partum*, des premiers jours des suites de couches. Les deux argumentations essentielles de son mémoire sont fondées sur l'illustration schématique, intéressante, des résultats qu'il a obtenus par l'étude patiente de tous les stades de ces deux processus : 1° *le développement progressif de la cavité utérine parallèle à l'augmentation du volume de l'œuf*; 2° *la disparition progressive post-partum du segment inférieur.* Ses conclusions sont : *a*) *Jamais le col ne sert à l'ampliation de la cavité utérine pendant la grossesse, jamais il n'y a transformation du tissu cervical en tissu utérin.* Quand on suit le développement de la cavité ovulaire, on voit comment, peu à peu, de semaine en semaine, augmente la cavité utérine, prenant successivement la place nécessaire sur ce qui reste du canal utérin et finissant par l'utiliser *jusqu'à l'orifice interne* ; éventuellement, ce processus peut même

aller jusqu'à produire un petit ectropion du col, rien de plus; *b*) d'autre part, l'observation de la régression du segment inférieur permet de comprendre comment s'effectue sa réduction, *de constater que le segment inférieur n'est jamais le col* (1). Au total, pour Ruge, *l'école de Schroeder* (Berlin), — *avec laquelle l'école de Wurtzbourg est en accord absolu, — a établi des notions qui, relativement au segment inférieur et touchant ses caractères anatomiques et génétiques, resteront, même dans l'avenir, fondamentales.*

Pour Olshausen, il conviendrait de ne se prononcer qu'avec beaucoup de circonspection sur les particularités des pièces congelées. Il est difficile de préciser les limites des adhérences solides du péritoine; en général, il n'y a pas, en arrière, de limite de ce genre. *Chez les primipares, le col s'efface incontestablement pendant la grossesse, parfois jusqu'à disparition complète du canal cervical.* Un segment inférieur, aux dépens du corps, peut se produire, mais seulement exceptionnellement (accouchements laborieux, contractions violentes). Quand le col est distendu *au maximum*, l'extension peut finalement se faire sentir sur le corps, qui subit dans sa partie inférieure une extension et un amincissement.

Olshausen ne saurait accorder d'autre importance à l'existence, d'ailleurs très rare, d'un segment inférieur. Plus rare encore est *sub partu* un anneau de contraction constatable. C'est un phénomène de la vie, une modification qu'on ne trouve plus sur le cadavre. La limite supérieure du canal de distension siège, la plupart du temps, entre le col et le corps de l'utérus, exceptionnellement, quand il y a eu extension de la portion inférieure du corps, sur le corps même de la matrice. A son avis, col et segment inférieur de l'utérus sont souvent confondus. Les ruptures utérines se produisent, presque toujours, dans le col, mais elles peuvent se prolonger dans la portion inférieure du corps.

Knorr attire l'attention de ses collègues sur la topographie des vais-

(1) A propos du segment inférieur, C. Ruge écrit encore : « ..... Le segment inférieur est toujours là ! il existe non pas seulement pendant la grossesse ; en réalité, c'est la portion inférieure du corps de l'utérus, portion qui commence à l'orifice interne et finit *en avant* au niveau de l'adhérence fixe, *antérieure*, du péritoine à l'utérus etc. ; déjà, sur les utérus des nouveau-nés, cette adhérence fixe, *antérieure*, est au-dessus de l'orifice interne. Sur l'utérus des adultes, elle est toujours environ 1 centimètre plus haut que l'O. I. ; dans la grossesse, la distance entre l'O. I. et l'adhérence fixe, antérieure, varie par suite de conditions variables elles-mêmes (quantité du liquide amniotique, volume du fœtus, etc.). Sur l'utérus gravide, le segment inférieur se traduit, sur des coupes longitudinales, par une légère dilatation, une faible inflexion du canal utérin, et à la face externe de l'utérus, *en avant*, par l'adhérence fixe du péritoine.

seaux, particulièrement sur le siège de la veine circulaire et sur le point de ramification de l'artère utérine, conditions qui, pour lui, pourraient être utilisées à la détermination, sur les préparations présentées, des limites du col et du corps de l'utérus.

Dans leur réponse, Bumm et Blumreich défendent la justesse des constatations qu'ils ont faites sur la pièce pathologique congelée : *a*) elle présente sûrement le relief musculaire qu'on appelle en général anneau de contraction, relief qui, contrairement à l'opinion d'Olshausen, est un effet de l'activité de la musculeuse utérine et non un phénomène cadavérique ; *b*) ce relief musculaire constitue bien sur cette pièce une démarcation nette entre une partie contractée, épaissie (muscle creux contractile) et une autre partie distendue, étirée, flasque ; *c*) la partie étirée, flasque, est dérivée du col, *exclusivement du col;* muqueuses, glandes ont tout à fait les caractères des éléments cervicaux ; en outre, en aucun point de cette portion distendue, n'existe le plus faible vestige de transformation déciduale. D'autre part, ils restent fidèles à la doctrine de *non-effacement* du col pendant la grossesse.

Bumm ajoute quelques considérations sur ces deux phénomènes d'activité de la musculeuse utérine, qu'à son avis on ne différencie pas suffisamment : *a*) la *contraction*, et *b*) la *rétraction* ; la première produisant des effets plutôt passagers, la seconde amenant des états plus durables ; celle-là causant une *dissociation* des fibres du col (*Distraktion*, en allemand) et une condensation, un chevauchement des fibres du corps — mais états qui ne seraient que passagers, si la rétraction, dont les effets seraient réglés d'après des lois, non encore assez connues, ne les fixaient en les accusant et en produisant, en particulier, à la limite inférieure du corps de l'utérus, ce tassement circulaire des fibres musculaires qui, suivant la dénomination de Barbour, serait plus justement appelé *anneau de rétraction* (*Retraktionring.*)

BIBLIOGRAPHIE

Die Technik der vaginalen Bauchhöhlen-Operationen, par E. Wertheim et Th. Micholitsch. Hirzel, éditeur, Leipzig, 1906.

Dans le beau volume que viennent de publier Wertheim et Micholitsch, le texte, très court, résume succinctement les diverses particularités des opérations qu'on peut exécuter par la cœliotomie vaginale tant antérieure que postérieure. L'intérêt de l'ouvrage réside, à peu près exclusivement, dans les 138 planches qu'il contient. Il est impossible de donner une analyse d'un pareil travail, réduit à peu près à un atlas. Qu'il nous suffise de dire qu'on y trouve représentés, par des dessins excellents et bien reproduits, les divers temps des opérations pratiquées par la voie vaginale, depuis la simple cœliotomie jusqu'à l'hystérectomie vaginale, en passant par la vaginofixation, la myomectomie vaginale, le raccourcissement des ligaments ronds, etc. C'est un livre que posséderont tous les gynécologues s'intéressant aux progrès de la médecine opératoire.

Le Rein mobile, par F. Legueu, J.-B. Baillière et fils, éditeurs (Paris).

Le rein mobile est une affection très commune, surtout chez la femme. Ce n'est pas une maladie locale, mais la manifestation locale d'une maladie générale.

Le docteur Legueu passe en revue le rein mobile et les éléments de fixation du rein. Les lésions. Les causes. Clinique. Diagnostic. Complications : appendicite, hématurie, néoplasme, tuberculose, hydronéphrose, etc.

Le traitement du rein mobile vient ensuite et forme la partie principale du volume. Après quelques pages sur le bandage et le massage, le docteur Legueu étudie l'opération de la néphrorraphie. Il décrit en détail le procédé modifié de Guyon, auquel il a recours habituellement, puis les suites opératoires. Il termine par l'étude du rein mobile compliqué.

Esterilisaçao da muller, par A. R. de Oliveira Molta, Rio de Janeiro, 1906.

Dans ce travail, l'auteur expose successivement l'historique de la stérilisation de la femme, la valeur des divers procédés employés, les indications et les contre-indications.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Craig. Contraction and shortening of the Uterosacral Ligaments. *Am. J. of Obst.*, déc. 1906, p. 784. — **Erchia** (**d'**). Contributo allo studio dei disturbi riflessi di origine genitale. *Archivio italian. di Ginec.*, août 1906, p. 58. — **Ferroni**. L'Istituto Ostetrico ginecologico di Cagliari nel biennio 1904-1905, 1905-1906. *Annali di Ost. e Ginec.*, août 1906, p. 168. — **Gross**. Ueber die Beziehungen der Tetanie zum weiblichen Sexualapparat. *Münch. med. Wochensch.*, août 1906, p. 1616. — **Hammond** (**Frank-C.**). The non absorbable ligature in pelvic surgery. *Annals of Gynec.*, déc. 1906, p. 704. — **Herman**. A case showing: *a*) uterine contraction without retraction, *b*) prolonged high temperature of nervous origine. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1906, juin et juillet, p. 204. — **Herwerden**. Kenntniss des menstruellen Cyclus. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, déc. 1906, p. 730. — **Jung** et **Bennecke**. Experimentelle Untersuchungen über den Infectionsweg bei der weiblichen Genitaltuberculose. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXX, Hft. 1, p. 58. — **Kehrer**. Ueber heterologe mesodermale Neubildungen der weiblichen Genitalien. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1906, p. 762. — **Labhardt**. Das Verhalten der Nerven in der Substanz des Uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXX, Hft. 1, p. 135. — **Latis**. Rapporto tra la sfera genitale e la mucosa del naso ed importenza della rinococainizzazione. *Archiv. italiano di Gynec.*, juin 1906, p. 263. — **La Torre**. Dei centri nervosi autonomi dell' utero e dei sani nervi. *La Clinica obs.*, 4 fév. 1906, p. 409. — **Lœwy**. Méthode des greffes péritonéales. *Rev. de gynécologie*, 10 oct. 1906. — **Pauchet**. Comment drainer le petit bassin après les interventions sur l'utérus. *Arch. prov. de chir.*, oct. 1906. — **Pichevin**. Ptoses abdominales. *Sem. gyn.*, 11 déc. 1906. — **Resinelli**. L'ostetricia e la ginecologia in rapporto alla medicina interna. *Annali di Ost. e Ginec.*, août 1906, p. 149. — **Rieffel**. Ostéome du pubis. *Bul. et Mém. Soc. chirurgie*, nov. 1906, p. 967. — **Rizzacaso**. Alcune ricerche sul drennagio alla Mikulicz negl'interventi ginecologici abdominali. *Archivio di Ost. e Ginec.*, août 1906, p. 449. — **Sticker**. Uebertragung von Tumoren bei Hunden durch den Geschlechtsakt, 1906, n° 49, p. 1555. — **Taylor**. A plea for early surgical Interference in pelvice Infections. *Med. Record.*, nov. 1906, p. 772. — **Webster**. Affections of the eye in relation to pelvic disorders. *Surgery Gyn. a. Obst.*, oct. 1906, p. 492. — **Wittek**. Die sklerotischen Gefassveranderungen des Uterus bei Nulli und Multiparen und die klimakterischen Blutungen. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1906, p. 796. — **Wolfheim**. Experimentelle Untersuchungen über die Durchlassigkeit des Keimepithels für korpuskuläre Elemente and Bakterien (zugleich eine Studie über die Topographie der Bursa ovarica bei Tieren). *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1906, p. 63.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Fuchs**. Erfolge und Misserfolge der Atmocausisuteri. *Mon. f. Geb. und Gyn.* oct. 1906, p. 487. — **Görl**. Röntgenbestrahlung wegen starker, durch Myome hervorgerufener Menorrhagien. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1905, n° 43, p. 1184. — **Hofmeier**. Ueber Pessarbehandlung. *Münch. med. Wochensch.*, août 1906, p. 1649. — **Peters**. The Evolution of moderne cystoscopic instruments and Methodes. *Am. J. of Obst.*, oct. 1906, p. 426. — **Pforte**. Die Medullarnarkose bei gynäkologischen Operationen, sept. 1906, p. 348. — **Schwarzwöller**. Zur Technik der Cystoskopie. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 42, p. 1154. — **Zimmern**. Introd. par l'électricité des subst. médic. dans la muqueuse utérine. *Rev. de Gyn.* 10 oct. 1906.

VULVE ET VAGIN. — **Barnsby**. Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 25 déc. 1906. — **Bender**. Tuberculose de la vulve. *Rev. de Gyn.*, 10 oct. 1906. — **Borelli**. Contributo allo studio delle anomalie congenite della vagina. *Archivio italiano di Gynec.*, août 1906, p. 49. — **Brothers**. The construction of a new vagina. *Am. J. of Obst.*, sept. 1906, p. 523. — **Chiarabba**. Sullo sviluppo delle cisti vaginali. *Archivio italiano di Gynec.*, oct. 1906, p. 153. — **Cristalli**. Contributo allo studio anatomico e critico delle cisti vaginali. *Archivio di Ost. e Gynec.*, oct. 1906, p. 607. —

Day. Epithelioma of the clitoris. *British med. J.*, déc. 1906, p. 1636. — **Delfino**. Contributo allo studio del sarcome primitivo della vulva. *Archivio di Ost. e Gyn.*, 1906, n° 12, p. 771. — **L'Hardy**. Les kystes du vagin. *La Gynécologie*, août 1906, p. 289. — **Litzenfrey**. Hornkrebs des gangsyst. der Barthol. Drüse. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. LVIII, Heft. 3, p. 363. — **Routier**. Fibrome de la paroi antérieure du vagin. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie.*, oct. 1906, p. 830. — **Webster**. A rare case of hermaphroditism. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, oct. 1906, p. 48. — **Williamson**. On adenoma of the labium. *Trans. of the Obst. S., of London*, 1906, juin-juillet, p. 235. — **Zaretzki**. Recherches sur le développement des glandes des petites lèvres. *Journ. d'obstét. et de gyn. russe*, 1906, XX, 1313.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Auspach**. Intercutaneous stitch in plastic operations on the perineum. *Am. J. of Obst.*, déc. 1906, p. 842. — **Chiarabba**. L'isteropessia inguinale nella retroversione secundo el concetto d'Alexander. *Archivio italiano di Gin.*, oct. 1906, p. 150. — **Pichevin**. Traitement du prolapsus utérin par le procédé dit de Wertheim. *Sem. gyn.*, 30 oct. 1906. — **Pichevin**. Réfl. sur les rétrodéviations de l'utérus. *Sem. gyn.*, 11 sept. 1906. — **Routh** (**A.**). A lecture on dysmenorrhea. *British. m. J.*, août 1906, p. 234. — **Rudaux**. A propos d'un cas d'inversion utérine. *Arch. gén. de méd.*, 30 oct. 1906. — **Sutter**. Totaler Uterus prolapes in-16 Lehensjahre. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1906, p. 454.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Blair**. Double Uterus and double Vagina. *British. med. J.*, août 1906, p. 364. — **Caturani**. Utero unicolle subseptus. *Archivio italiano di Ginec.*, août 1906, p. 68. — **Chevé**. Les métrites et leur traitement. *Annales méd.-chirurg. du Centre*, 1906, n° 38, p. 445. — **Coles** (**S.**). Lacerations of the cervix uteri. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, nov. 1906, p. 614. — **Franceschini**. L'origine sifilitica di alcuni cancri uterini. *La Clinica ostetrica*, sept. 1906, p. 419. — **Maier** (**H.**). Relaxation a. atony of the non puerperal Uterus incident to dilatation a. curettage. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, nov. 1906, p. 615. — **Marsan**. La dysménorrhée. *Gazette des hôpitaux*, nov. 1906, p. 1599. — **Pichevin**. Aménorrhée et conception. *Sem. gyn.*, 20 nov. 1906. — **Pichevin**. Deux cas de métrorrhagie aux environs de la ménopause. *Sem. gyn.*, 23 oct. 1906. — **Pichevin**. Hémorragies internes de la ménopause, 28 août 1906. — **Procopio**. Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio della tuberculosi dell'utero. *Archivio di Ost. e Ginec.*, sept. 1906, n° 9, p. 513.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Auvray**. Volumineux kyste de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Guérison. *Bulletin Soc. chirurg.*, 1906, p. 1056. — **Bœckel**. De l'hystérectomie abdominale, totale et subtotale. *Gazette méd. de Strasbourg*, juillet 1906, p. 49. — **Boui**. Fibromiosi nei difetti di conformazione dell' utero. *Archivio italiano di Ginec.*, juillet 1906, p. 1. — **Cigheri**. Lympdrüsen bei der Ausbreitung des Uterus Carcinom. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, août 1906, p. 182. — **Czyzewicz**. Ein klassischer Fall von Chorionepithelioma malignum. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1906, p. 456. — **Doran** (**A.**). Myomectomy during Pregnancy and Labour at Term in an elderly primipara with notes on similar Cases. *British med. J.*, nov. 1906, p. 1446. — **Dorsett**. Utilisation of the broad and round uterine ligaments in supravaginal hysterectomy. *Am. J. of Obstetrics*, déc. 1906, p. 782. — **Erchia** (**D.**). Per lo studio della conservazione delle ovaie nella isterectomia. *Archivio ital. di Ginec.*, sept. 1906, p. 119. — **Faure**. Le traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale. *Soc. de chirurgie*, déc. 1906, p. 940. — **Gelpke**. Myoma uteri, Carcinoma uteri, Cystoma ovarii, Ovariocystitis expedunculo sorgnato. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1906, p. 480. — **Grünbaum**. Klinische Beitrag zur Verkalkung des Uterusmyoms. *Arch. f. Gyn.*, 1906, Bd. LXXX, Hft. 1, p. 212. — **Hamonic**. Deux hystérectomies vaginales pour néoplasme malin. *Rev. clin. d'androl. et de gyn.*, sept. 1906, p. 251. — **Hallopeau et Lacane**. Fibrome utérin calcifié. *La Gynécologie*, août 1906, p. 306. — **Haultain**. Summary of the development of the treatment of uterine fibromyomata within the last 25 ans, with a record of over one hundred consecutive sucessful cases of supravaginal hysterectomy. *British med. J.*, août 1906, p. 233. — **Henkel**. Klinik und Chirurgie des Uterusmyom. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. LVIII, Hft. 3, p. 476. — **Lepetit**. Cancer du col de l'utérus à forme polypeuse ; hystérectomie vaginale ; guérison. *Le Centre méd.*, nov. 1906, p. 129. — **Monod**. Kyste de l'utérus. *Bull. et Mém. de Soc. de chir.*, 25 déc. 1906. — **Mauclaire**. Fibrosarcome kystique de l'utérus ayant l'aspect d'un kyste utérin. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Paris, nov. 1906, p. 950. — **Noble**. Fibroid tumours of the uterus. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, nov. 1906, p. 436. — **Oliver**. Hydatidiforme môle. *The Brit. Gyn. Journ.*, nov. 1906, p. 168. — **Pichevin**. Sur un cas de cancer utérin. *Sem. gyn.*, 25 sept. 1906. — **Pichevin**. Contre le cancer de l'utérus. *La Semaine gynéc.*, 1906, n° 45, p. 353. — **Pichevin**. Résultats de l'hystérectomie pour cancer utérin. *Sem. gyn.*, 4 déc. 1906. — **Rouf-**

fart. Fibrome utérin à développement rétro-péritonéal. *Journal de chirurgie*, déc. 1906. — **Sampson**. A careful study of the parametrium in twenty-seven cases of carcinoma cervicis uteri and its clinical significance. *Am. J. of Obst.*, 1906, n° 4, p. 433. — **Savariaud**. Fibrome utérin et cancer du col ignoré. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 déc. 1906. — **Scharlieb**. The advantages of the abdominal route in operation for uterine cancer. *British Gyn. J.*, août 1906, p. 97. — **Spencer (H.-R.)**. Cœsarean section a. total abdominal hysterectomy for fibroids complicating labour near term in a patient who had recovered without operation from ruptured tubal pregnancy. *Trans. of the Obst. S. London,* juin-juillet 1906, p. 240.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Cornil**. Hypertrophie des ovaires. *Bull. et Mémoires de la Société anatomique*, Paris, t. VIII, juin 1906, p. 455. — **Gardner**. Prolapsed Ovaries. *Am. J. of Obst.*, déc. 1906, p. 807. — **Kermauner**. Phlebolithen in den Tubenfimbrien. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, août 1906, p. 209. — **Kuliga**. Erschein. von Darmverschluss bei Parametritis. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1906, p. 598. — **Lejars**. Les tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'abdomen. *La Semaine méd.*, déc. 1906, p. 589. — **Lejars**. Traitement opératoire des thrombo-phlébites septiques utéro-pelviennes d'origine puerpérale. *Sem. gyn.*, 16 oct. 1906. — **Morris**. Peritoneal adhesions. *Am. J. of Obst.*, déc. 1906, p. 764. — **Pichevin**. A propos de l'ovaire scléro-kystique. *La Semaine gynécologique*, Paris, 2 oct. 1906, p. 313. — **Pichevin**. De la douleur décrite dans l'ovaro-salpingite infectieuse. *La Semaine gynécol.*, 1906, n° 46, p. 361.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE.— **Bégouin**. Double kyste tubo-ovarien avec torsion d'un côté. *Gaz. hebdom. des Soc. méd.* Bordeaux, juillet 1906, p. 314. — **Broothers**. Removal of an intraligamentary cyst and bilateral oophorectomy during early pregnancy without interrupting gestation. *Med Record*, août 1906, p. 266. — **Cornil**. Kyste racémeux de l'ovaire. *Soc. anat.*, 1906, 535. — **Guinard**. Volumineux fibrome ossifié du mésentère. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*, oct. 1906, p. 827. — **Hugel**. Beckenbindegewebmyome. *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 42, p. 1155. — **Legueu**. Kyste de l'ovaire chez une enfant de 3 ans. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie de Paris*, juillet 1906, p. 789. — **Le Jemtel**. Kyste de l'ovaire gauche chez une femme ayant subi deux laparotomies pour une tumeur papillomateuse de l'ovaire droit. *Soc. anat.*, 1906, p. 531. — **Le Jemtel** et **Esmeen**. Cysto-carcinome de l'ovaire gauche avec pleurésie et péritonite chez une femme antérieurement opérée d'un kyste de l'ovaire droit. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, t. VIII, juin 1906, p. 470. — **Lenzi**. Pedunculazione e torsione del peduncolo nelle cisti del ovarico. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 11, p. 673, 731. — **Mc Iray**. Primary carcinoma of the ovary. *J. Obst. e Gyn. of British Emp.*, oct. 1906, p. 331. — **Mirbel** et **Abelogy**. Volumineux sarcome de l'ovaire. Greffe péritonéale secondaire. Absence complète d'ascite. *Soc. anat.*, 1906, p. 489. — **Orthmann**. Kenntniss der malign. Tubenneubildungen. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. LVIII, Hft. 3, p. 376. — **Rouffart**. Récidive des kystes de l'ovaire. *Journal de chirurgie.*, déc. 1906. — **Smith**. Removal of an enormous ovarian tumor. *Boston med. a. surg.*, sept. 1906, p. 309.

ORGANES URINAIRES. — **Child**. A Review of the operative treatment of cystocele in the Past one hundred years. *Am. J. of Obst.*, oct. 1906, p. 519. — **Goffe**. Cystocele. *Am. J. of Obst.*, oct. 1906, p. 502. — **Hartmann (H.)**. Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urèthre chez la femme. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie.*, nov. 1906, p. 956. — **Hartmann**. — Fistule double faisant communiquer le cœcum et la vessie, puis la vessie et le vagin. Fermeture de la fistule intestino-vésicale, puis de la fistule vésico-vaginale. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. chirurg. Paris.*, nov. 1906, p. 959. — **Hamonic**. Les rétrécissements de l'urèthre chez la femme. *Revue clinique d'And. et de Gyn.*, nov. 1906, p. 315.— **Lewis (B.)**. Three Ureters demonstrated during Life ; Ureterschaterization giving the difference urine, one infected with gonococci. *Med. Record.*, oct. 1906, p. 521. — **Pichevin**. Suture urétéro-urétérale. *Sem. gyn.*, 9 oct. 1906. — **Taussig**. Urethral Bacteriology as a factor in the etiology of cystite in Women. *Am. J. of Obst.*, oct. 1906, p. 465.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Hunt**. Rupture of interstitial tubal pregnancy; hysterectomy. *British med. J.*, sept. 1906, p. 777. — **Standage**. Clinical notes on fifteen cases of early extra-uterine gestation, hœmatocele or hœmatosalpinx. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Empire.*, déc. 1906, p. 564.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Dartigues**. La laparotomie en gynécologie. *Rev. de gyn.*, 10 oct. 1906. — **Fischer**. Abdominal tumors in Children. *Am. J. of Surgery*, nov. 1906,

p. 335. — **Picqué**. Des éventrations post-opératoires envisagées surtout au point de vue de leur prophylaxie. *La Gynécologie.*, août 1906, p. 289. — **Quick**. Report of one hundred consecutive laparotomies; with some general observations and a special reference to appendicitis. *Med. Record*, 1906, p. 809. — **Ranken-Lyle**. On fifty abdominal section. *British Gyn. J.*, août 1906, p. 120.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Apfelstedt**. Dammschutz und Dammnaht. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1906, n° 48, p. 1536. — **Jones**. Some causes of delay in labour. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, nov. 1906, p. 407. — **Lumpe**. Wie sollen sich die Hebammen in der Nachgeburtszeit verhalten. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1906, p. 629. — **Olshausen**. Zur Lehre von Geburtmechanismus. *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 41, p. 1113.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Acconci**. I fermenti prateolitici della placenta, loro valore biologico. *Archivio italiano di ginec.*, oct. 1906, p. 145. — **Assereto**. Ricerche sul grasso nella placenta. *Archivio di ost. e ginec.*, sept. 1906, n° 9, p. 537. — **Bovis (de**. L'auto-infection puerpérale au point de vue bactériologique. *La Sem. méd.*, sept. 1906, p. 445. — **Cappellanni**. Alcune ricerche sul ricambio nell' osteomalacia. *Archivio di ost. e ginec.*, oct. 1906, p. 577. — **Gallant (A. Ernest**. The cervix uteri before, during and after labor. *Annals of gynec.*, nov. 1906, p. 649. — **Gaenner**. Ueber Nerven u. ernahrende Gefasse im Nabelstrang. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1906, p. 453. — **Guglielmi**. Sul alcune modificazioni del fegato in gravidanza. *Annali di ost. e ginec.*, nov. 1906, p. 468. — **Keiffer**. Système nerveux ganglionnaire de l'utérus humain. *Soc. belge de gyn.*, t. XVII. n° 2. — **Langemeister** u. **Meissl**. Verwandschaft saproph. und path. Puerperalsfrept. und über die Streptok. immunität. *Zeits f. Geb. und Gyn.*, Bd. LVIII, Hft. 3, p. 425. — **Martin**. Einfluss einer intravenösen Injection von Placentar Substanz. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1906, p. 590. — **Monaco**. Reperto positivo in placenta di gravida tubercolosica. *Archivio di ost. e gin.*, août 1906, p. 471. — **Parravicini** et **Levi**. Ricerche di olfattometria negli ultimi tempi della gravidanza, nel puerperio e nelle epoche catamenali studio sperimentale. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 12, p. 750. — **Perna**. Sulla vascolarizzazione arteriosa dell' utero gravido. *Ann. di ost. e ginec.*, 1906, n° 10, p. 347, 382. — **Piccoli**. Sulla possibilità dell' annidazione dell' uovo umano in una glandola uterina. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 8, p. 486, 563. — **Stalper**. Zur Physiologie u. Pathologie der Plazentation. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, sept. 1906, p. 287. — **Zedda**. Ricerche sull' autoemolisi materna e fetale. *Annali di ost. e ginec.*, nov. 1906, p. 413. — **Wederhake**. Ueber Plasma-und Deciduazellen. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, sept. 1906, p. 316.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Chaput** et **Souligoux**. Mammite double de la lactation simulant une tumeur maligne. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie de Paris*, nov. 1906, p. 953. — **Mocchi**. Intorno all' influenza del tabagismo su la gravidanza. *Ann. di ost. e ginec.*, 1906, n° 10, p. 287. — **Wallich**. Sur la prétendue menstruation des femmes enceintes. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1906, n° 4, p. 625.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Svitori**. Intorno alle modalita di tempo della fecondazione degli ovicini nelle gravidanza gemelle. *Annali di ost. e ginec.*, 1906, n° 10, p. 259.

DYSTOCIE. — **Bauer**. Behandl. der Geburt bei engem Becken. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, déc. 1906, p. 723. — **Bucura**. Höchstgradig verengtes rachit. Becken. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, août 1906, p. 145. — **Ferraresi**. Sviluppo e complicanze ostetriche nell' utero bicorne a logge, placentare e fetale distinte. *Archivio ital. di ginec.*, juin 1906, p. 249. — **Gache (S.)**. Tumores que complican el parto. *Rev. obst.*, sept. et oct. 1906, p. 173. — **Hocheisen**. Geburtstorungen nach Ventrifixation des Uterus. *Berlin klin. Wochensch.*, 1906, n° 23, p. 1151. — **Lockyer**. The pathology of cornual gestation. *Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, déc. 1906, p. 583. — **Longridge**. Sixty-four cases of contracted pelvis. *Trans. of the Obst. S. of London*, 1906, juin et juil., p. 116. — **Lynch**. Dystocia from congenital cystic Kidney of the fœtus. *Surg. Gyn. a. Obst.*, nov. 1906, p. 628. — **Sippel**. Doppelseitige Huftgelenksankylose. Absolute Beckenenge. Schwere Nephritis. Supravaginale Amputation des Uterus gravidus v. Mens-Heilung. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, sept. 1906, p. 307.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bell (H.)**. Early tubal gestation, a clinical study bored on a personal observation of 88 cases. *J. Obst. and Gyn. of. Brit. Empire*, déc. 1906,

p. 514. — **Kynoch**. On repeated extra-uterine pregnancy, with notes of two cases. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, déc. 1906, p. 576. — **Law**. A case of ovarian pregnancy *British m. J.*, oct. 1906, p. 866. — **Legueux**. De la grossesse angulaire et de ses rapports avec les grossesses ectopiques. *Rev. de gyn.*, 10 oct. 1906. — **Neïcloff**. Trois cas de grossesse ectopique. *Journ. d'obstét. et de gyn. russe*, 1906, XX. — **Quackenbos**. Ectopic gestation. *Annals of Gyn. a. Ped.*, oct. 1906, pp. 575 ; 637 ; 695. — **Rouffart**. Grossesse extra-utérine. *Journal de chirurgie*, déc. 1906. — **Taylor**. On the treatment of advanced cases of extra-uterine pregnancy. *Journ. of Obst. a. Gyn. of British Emp.*, déc. 1906, p. 507. — **Viana**. Note cliniche ed anatomiche sopra cinquanta casi di gravidanza tubarica. *Annali di ost. e ginec.*, août 1906, p. 187. — **Weinbrenner**. Ueber vorgetäuschte extrauterinschwangerschaft Zugleich ein Beitrag zu den Corpus luteum Blutungen. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, sept. 1906, p. 332.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Bertino**. Sulle amputazione congenite. *Archivio italian. di Ginec.*, sept. 1906, p. 97. — **Ehrendorfer**. Zur Kenntniss des Caput succedaneum. *Arch. f. Gyn.*, 1906, Bd. LXXX, Hft. 1, p. 32. — **Holsbach**. Ueber den Wert der Merkmale zur Bestummung der Reife der Neugeborenen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1906, p. 42. — **Keller**. Nabelinfection in der Saüglingssterblich. der Jahre 1904. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. LVIII, Hft. 3, p. 454. — **May**. Gonorrheal ophtalmia in Children. *Am. J. of Surgery*, nov. 1906, p. 330. — **Muret**. La puériculture. *Bull. mensuel de la Soc. vaudoise des sages-femmes*, 1906, n° 11, p. 160. — **Rabé**. Stridor des nouveau-nés, stridor congénital des nourrissons. *Gaz. des hôpitaux*, déc. 1906, p. 1707. — **Runge**. Beitrage zur Anatomie der Ovarien Neugeborener und Kinder von der Pubertätzeit. *Arch. f. Gyn.*, 1906, Bd. LXXX, Hft. 1, p. 43. — **Soli**. Sulle cause ed effetti delle circolari del cordone al colle del feto. *Annali di ost. e ginec.*, oct. 1906, p. 347. — **Spivak**. The use of Oxygen in Asphyxia Neonatorum. *Med. Record*, nov. 1906, p. 741. — **Vaccari**. Die aussergewöhnlich schweren Fruchte vom Standpwokte der Gebertshulfe. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1906, p. 23. — **Waterhouse**. A Case of Sclerema Neonatorum. *The Lancet*, nov. 1906, p. 1282. — **Webster**. A specimen of fœtus amorphous anideus. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, oct. 1906, p. 490. — **Walker**. Absence of vagina ; double uterus. Report of a case. *Am. J. of Surgery*, nov. 1906, p. 333.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Borgnis**. Zur Entfernung des im Uterus Zurückgehaltenen Kopfes nach Abreeisen des Rumpfes. *Deutsche mediz. Wochensch.*, oct. 1906, p. 1706. — **Davis**. Forty-eight cases of delivery by abdominal section. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, nov. 1906, p. 593. — **Frank**. Beitrag zur Pubiotomiefrage. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn*, juillet 1906, p. 44. — **Franz**. Zwei kurz hinterein-ander in der Landpraxis mit glücklichem Ausgang erfolgte Kaiserschnitte. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, Hft. 3, p. 313. — **Hocheisen**. Klinische u. radiologische Betrachtungen über 16 Pubiotomien mit der Nadel. *Arch. f. Gyn.*, 1906, Bd. LXXX, Hft. 1, p. 99. — **Lanphear**. Cesarean Section in Country Practice. *Am. J. of Surgery*, déc. 1906, p. 369. — **Martin (P.)**. Remarks on Cesarean Section with Report of a Case. *Med. Record.* oct. 1906, p. 653. — **Montgomery**. Pubiotomy and its relat. indications. *Am. J. of Obst.*, déc. 1906, p. 764. — **Morse**. Induced labor as a conservative oper. in contracted pelvis. *Am. J. of. Obst.*, déc 1906, p. 824. — **Ronsse**. Un cas de pubiotomie. *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, n° 2, 1906. — **Ruhl**. Ueber Gefahren der Pubiotomie und Vorschläge zu deren Verhutung. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, sept. 1906, p. 299. — **Seitz**. Zur Frage der Hebotomie. *Münch. mediz. Wochensch.*, oct. 1906, p. 1993.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Boquel**. De l'écoulement d'eau pendant la grossesse ; hydrorrhée déciduale et hydrorrhée amniotique. *Archives méd. d'Angers*, nov. 1906, p. 617. — **Caen** et **Pichevin**. Avortement tubaire avec enkystement de la trompe gravide. *Sem. gyn.*, 18 déc. 1906. — **Cooke**. Abnorm. in amniot. secretion in its relat. to fetal malform. *Am. J. of Obs.*, déc. 1905, p. 811. — **Fabritis** et **Altobello**. Un caso di rottura dell'utero. *Archivio italiano di gin.*, juin 1906, p. 257. — **Frommer**. Exper. Versuche zur parathyroidealen Insuffizienz in Bezug auf Eklampsie und Tetanie. *Mon. f. Geb. u. Gyn*, déc. 1906, p. 748. — **Gath**. Ueber eine besondere Beckenform u. über Ovarialbefunde bei Osteomalacie. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1906, p. 445. — **Gutbrod**. Zur Eklampsiefrage. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1906, p. 586. — **Hardie**. Prophylaxis of puerperal eklampsia. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, nov. 1906, p. 395. — **Hellier**. Rupture of the vagina in labour. *British m. J.*, oct. 1906, p. 365. — **Klien**. Append. während der Schwangerschafft Geb. und Wochenbett. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1906, p. 609. — **Lecornu**. Hémiplégie survenue au cours de l'accouchement pendant la période d'expulsion. *L'Année médicale de Caen*, déc. 1906, p. 162. — **Leopold**. Zur Gonokoken perito-

nitis im Wochenbett; Laparotomie, Drainage. Genesung. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 43, p. 1177. — **Martin**. Ein Fall von Abortus per rectum mit gunstigem Ausgang. *Munch. med. Wochensch.*, août 1906, p. 1659. — **Mayer**. Gonorrhæ und Wochenbett. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1906, p. 811.— **Mendels**. Ueber Schwangerschaftsblutung infolge von Veranderungen der Decidua reflexa. *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 42, p. 1149. — **Opocher**. A proposito di un caso di eclampsia in gravidanza anchilostomo-anemica. *Annali di Ost. e Ginec.*, nov. 1906, p. 411.— **Parnall**. A fatal case of eclampsia after the delivery of twins; remarks on the etiology a. pathology of the disease. *Am. J. of Obst.*, sept. 1906, p. 533. — **Primo**. Quatre-vingt-trois cas d'éclampsie, traités par le procédé du prof. Stroganoff. *Journ. d'Obstét. et de Gyn. russe,* 1906, XX, 1391. — **Rielander**. Venenthromb. in Wochenbett. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Aug. 1906, p. 154. — **Rissmann**. Ueber Eihautretention. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1906, p. 581. — **Roland**. Un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. *Le Poitou méd.*, août 1906, p. 169. — **Roland**. Pyélonéphrite et grossesse. *Le Poitou médical*, oct. 1906, p. 217. — **Sippel**. Ein neuer Vorschlag zur Bekämpfung schwerster Eklampsieform. *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1906, n° 46, p. 1559. — **Steinitz**. Ein Fäll von Tetanos puerperale. *Deutsche mediz. Wochensch.*, août 1906, p. 1419. — **Stone**. The Puerperal types of Sepsis. *Med. Record*, août 1905, p. 213. — **Thiés**. Ueber Fieber im Wochenbett im Jahre 1905. *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 43, p. 1181. — **Webster**. Case of abortion in a Myomatous Uterus. *Surgery Gyn. a. Obst.*, oct. 1906, p. 494. — **Zickel**. Beitrag zur Kenntnis der Pyelonephritis gravidarum. *Monatsch. f. Geburt. u. Gyn.*, juin 1906, p. 757. — **Zöppritz**. Vasa prævia bei Insertio velamentosa. Ruptur zweier Gefässe Lebendes Kind. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1906, p. 605.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Alessandrini**. Sul' emostasi preventiva in ostetricia a mezzo della gelatina. *La Clinica Ostet.*, oct. 1906, p. 444. — **Bonnaire**. Action du collargol dans l'infection puerpérale. *Presse méd.*, 21 nov. 1906. — **Busalla**. Zur Berwertung des Antistreptokokenserums für die Behandlung des Puerperalfiebers auf Grund statistischer Untersuchungen. *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1906, n° 34, p. 1130. — **Jacobson**. A New Axis. Traction Apparatus. *Med. Record*, sept. 1906, p. 411. — **Montuoro**. Per il metodo Bossi (Risposta al Dott. Henrich von Bardeleben). *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 10, p. 295.

VARIA. — **Ehrendorfer**. Fortschritte in der Tiroler Landesgebärklinik. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1906, p. 575. — **Herff**. Hausgeburtshülfe in ihrem Verhältnis zur Ku nsstl. Frühegburt. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, déc. 1906, p. 703. — **Lindsay**. Midwifery experiences : a record of forty-seven years work. *British m. J.*, août 1906, p. 210. — **Monaco** (**A.**). Un caso di pleiomazia. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 10, p. 599.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.



LES GREFFES NÉOPLASIQUES

Par H. HARTMANN et P. LECÈNE.

La question des greffes néoplasiques, bien qu'ayant fait l'objet de travaux nombreux, est encore à l'étude (1).

A une époque où l'amputation du sein cancéreux n'était pas une opération réglée comme aujourd'hui, tous les chirurgiens ont vu se développer des noyaux cancéreux multiples, après des ablations incomplètes de néoplasmes mammaires, l'opération n'ayant, en pareils cas, abouti qu'à semer, en quelque sorte, des cellules cancéreuses dans la plaie opératoire et à transformer un cancer squirrheux à marche lente en une multitude de petits cancers à évolution rapide. Il semble bien que dans ces cas l'opérateur ait greffé çà et là, dans le tissu sous-cutané, des parcelles de néoplasme.

Il en est de même pour les cas où l'on a constaté, à la suite de la ponction d'une ascite cancéreuse, le développement d'un noyau néoplasique dans l'épaisseur de la paroi abdominale, au niveau du trajet du trocart (2).

A certains points de vue on pourrait aussi rapprocher des greffes les métastases emboliques et les propagations ganglionnaires, qui ne sont que le résultat du développement *in situ* de cellules cancéreuses apportées par le courant sanguin ou lymphatique.

Tous ces cas ne constituent cependant pas des greffes au sens strict du mot.

Les faits de greffe vraie, indiscutable, ne sont pas encore très nombreux. Aussi nous paraît-il intéressant de publier l'histoire de 4 malades que nous avons eu l'occasion de suivre, et dont 3, tout

(1) On trouvera un bon résumé des travaux antérieurs à 1893 dans un article de DUPLAY et CAZIN, Contagion et inoculabilité du cancer. *Semaine médicale*, Paris, 1893, p. 329.

(2) NICAISE a réuni plusieurs de ces cas dans un article sur la greffe cancéreuse. *Revue de chirurgie*, Paris, 1883, p. 841.— COURTIN en a publié une belle observation dans le *Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 528, etc.

au moins, ne fournissent pas matière à contestation au point de vue de la réalité de la greffe cancéreuse.

Obs. I. — *Épithélioma cylindrique primitif du canal cervical : ulcération épithéliomateuse de même nature sur la paroi vaginale postérieure, survenue spontanément et tout à fait indépendante de la tumeur primitive.* — Ch..., âgée de 49 ans, ménagère, entrée le 23 juin 1902 salle Lailler. La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre et les reins. Ces douleurs ont commencé il y a huit ans. A ce moment, les urines furent examinées et contenaient de l'albumine. Depuis quatre ans, il y a de temps en temps des crises de douleurs dans le bas-ventre, avec des pertes sanguines abondantes, survenant tous les quinze jours environ. Depuis trois mois, les douleurs sont plus intenses et les pertes rouges plus abondantes. Dans l'intervalle des pertes sanguines, il y a un écoulement vaginal de couleur jaune verdâtre, tachant le linge, d'odeur fétide. Il y a parfois un peu de douleurs en urinant, avec fréquence de la miction.

Actuellement (23 juin 1902), les douleurs dans le bas-ventre, avec irradiation vers les reins et l'anus, persistent d'une façon presque continue. Pas d'amaigrissement.

Au toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus gros, entr'ouvert, à orifice admettant l'extrémité de l'index ; à son intérieur, le doigt sent des inégalités de consistance dure, saignant facilement. Le corps de l'utérus est de volume normal, en antéflexion. Les culs-de-sac vaginaux sont souples, l'utérus mobile dans son ensemble. Les annexes ne présentent rien d'anormal. De plus, sur la paroi postéro-latérale droite du vagin, à 3 centimètres du col environ, séparée du col par une zone de muqueuse vaginale souple et de consistance normale, le doigt sent une surface inégale, ulcérée, à bords indurés, et cependant mobile sur les plans sous-jacents.

Au spéculum, on voit que cette ulcération a les bords découpés, surélevés; son fond est granuleux, de couleur rougeâtre. Le col entr'ouvert laisse voir des bourgeons saillants à son intérieur. L'un de ces bourgeons, excisé et examiné histologiquement, montre qu'il s'agit *d'épithélioma cylindrique*.

Antécédents personnels. — Les antécédents personnels de la malade n'offrent rien de bien intéressant au point de vue de la lésion actuelle.

Réglée à 12 ans, toujours abondamment et régulièrement depuis.

Mariée à 29 ans; trois enfants à terme.

Il y a seize ans (1886), la malade a subi une opération au sein droit.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, encore vivante ; père mort d'une congestion cérébrale.

Opération, le 29 juin 1902, par M. Hartmann. — On commence par inciser le vagin en avant du col et l'on continue le décollement de la vessie, jusqu'à l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur vésico-utérin. On fait ensuite une périnéotomie transversale; l'on sépare le vagin du rectum et l'on ouvre le cul-de-sac recto-utérin. On essaye alors de faire basculer l'utérus dans le vagin

en avant ; mais le vagin est étroit et le corps utérin volumineux, ce qui rend cette manœuvre impossible. On fend alors le vagin sur la ligne médiane postérieure, depuis le périnée jusqu'au col. On fend ensuite l'utérus sur la ligne médiane antérieure et, après avoir réduit son volume par l'ablation de quelques morceaux, on le bascule en avant; on attire les annexes et l'on place des pinces sur les ligaments larges. Incisant ensuite le vagin sur sa paroi latérale droite, on enlève le segment de vagin cancéreux avec la zone du vagin correspondante. On remplace les pinces par des ligatures au catgut, écrasant les moignons pour en diminuer l'épaisseur. On suture ce qui reste du vagin par des points séparés de catgut de droite à gauche. On suture enfin transversalement les parties décollées par la périnéotomie, ce qui refait un périnée solide très rétréci. Sonde de Pezzer dans la vessie. Pansement iodoformé.

Les *suites opératoires* furent très simples ; la malade sortit guérie au bout de moins d'un mois. La malade a été revue le 26 septembre 1905, se plaignant de quelques troubles de la miction. La cicatrice est simple, sans induration ; il n'y a *pas trace de récidive.*

L'*examen histologique* permit de faire les constatations suivantes :

a) Le néoplasme primitif du col utérin, développé à l'intérieur du canal

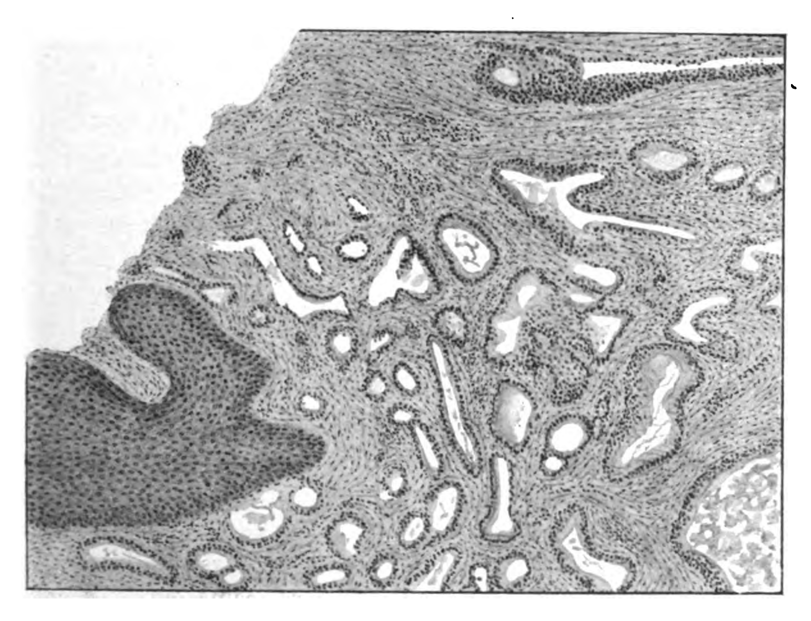


Fig. 1. — Épithéliome du vagin consécutif à un épithéliome intra-cervical; — à gauche, on voit le revêtement pavimenteux du vagin; plus à droite, on trouve l'ulcération néoplasique, dont le fond est formé par de l'épithéliome atypique cylindrique. (Grossissement : 350/1.)

cervical, au voisinage de son orifice externe, est constitué par de l'épithélioma cylindrique tout à fait au début (adeno-carcinoma colli). Les boyaux glandulaires sont revêtus d'un épithélium atypique, avec fibres et division indirecte nombreuses; en plusieurs points, la paroi conjonctive des glandes est détruite,

l'infiltration épithéliale envahit le tissu conjonctif avoisinant. Par contre, l'épithélium pavimenteux stratifié du museau de tanche est tout à fait normal, ainsi que le tissu fibro-musculaire sous-jacent. Sur des coupes portant sur un segment du cul-de-sac vaginal postérieur, nous avons pu constater l'intégrité absolue de la muqueuse et du tissu musculo-conjonctif du vagin. En aucun point nous n'avons trouvé des boyaux d'épithélioma aberrants, dans les fentes du tissu conjonctif ou dans des capillaires ou troncules lymphatiques.

b) Des coupes portant sur l'ulcération de la face postéro-latérale du vagin montrent que l'épithélium pavimenteux du vagin, normal à la périphérie, s'arrête brusquement au niveau de l'ulcération. Le fond de celle-ci est formé par un tissu conjonctif embryonnaire, au milieu duquel sont semés des boyaux glandulaires néoplasiques en tous points semblables à ceux du canal cervical (Fig. 1). L'infiltration néoplasique ne s'étend pas loin, d'ailleurs, dans les tissus sous-jacents, et l'ensemble du néoplasme forme un noyau bien circonscrit et ulcéré. Il s'agit donc ici, sans aucun doute, *d'une greffe néoplasique de l'adéno-carcinome du canal cervical de l'utérus sur la paroi du vagin.*

Cette observation constitue un bel exemple de *greffe spontanée.* Dans nos 3 autres observations, il s'agit, au contraire, de greffes néoplasiques *survenues plus ou moins longtemps après une intervention chirurgicale.*

OBS. II. — *Épithélioma kystique mucoïde de l'ovaire, ovariotomie ; six ans après, apparition, dans la région de l'hypocondre, d'une tumeur kystique de même nature, adhérente à la rate, à l'estomac et au côlon.* — M. N..., âgée de 43 ans, journalière, entre le 20 juin 1902, salle Lailler, lit n° 19.

La malade raconte que, depuis cinq ans, elle souffre d'une manière intermittente de crises douloureuses et fébriles, avec constipation, ballonnement du ventre et quelquefois vomissements alimentaires ou bilieux.

La première crise fut caractérisée par des douleurs vives, spontanées, au niveau de l'hypocondre et du flanc gauche, s'irradiant dans tout l'abdomen. A ce moment, la malade aurait senti dans le flanc une petite masse ronde, grosse comme un œuf, mobile et très douloureuse. Depuis cette première crise la malade en a eu d'autres, à intervalles plus ou moins longs ; ces intervalles sont de 3 ou 4 mois, quelquefois d'une année. Pendant ces périodes, la malade ne ressent qu'une sensation de fatigue et de lourdeur dans le flanc gauche. Les crises ne durent habituellement pas plus de dix jours, pendant lesquels la malade est forcée de s'aliter et ne peut s'alimenter, elle est alors très constipée et seuls des lavements peuvent lui provoquer des selles. Depuis le mois dernier, la malade a eu deux crises, séparées seulement par un intervalle de quinze jours ; elle s'est alors décidée à entrer à l'hôpital.

État actuel, le 23 *juin* 1902. — Depuis trois jours, il y a des douleurs vives dans la région épigastrique et le flanc gauche, avec irradiations dans tout

l'abdomen. Il y a eu des vomissements alimentaires, il y a trois jours; depuis, la malade ne prend rien; constipation depuis plusieurs jours. La malade n'est pas très amaigrie; le ventre est volumineux; il présente, dans la région hypogastrique, une cicatrice longitudinale, atteignant en haut la région de l'ombilic; il y a, à ce niveau, une petite éventration. Le ventre est ballonné; la palpation est douloureuse partout, mais en particulier au niveau du flanc gauche et de la région ombilicale. Dans ces régions, on sent une masse dont on délimite assez difficilement le contour, masse peu mobile, se déplaçant cependant un peu vers la ligne médiane quand on fait coucher la malade sur le côté droit. Cette masse, de forme assez régulière et dont la surface semble libre, se continue, en arrière, jusque dans la région lombaire; en haut, elle se perd sous le rebord costal; en bas, elle descend jusqu'à 2 travers de doigt de la crête iliaque. La palpation bimanuelle montre qu'il y a du ballottement d'une main à l'autre; cette masse est assez résistante au palper, mais donne cependant une sensation de rénitence dans la partie antérieure, qui est douloureuse à la pression. De plus, on sent, en avant, le bord inférieur épais, mais régulier de la tumeur; on peut même engager la main au-dessous.

La percussion montre qu'il y a une matité complète dans les limites de la tumeur, déjà sentie par la palpation. Cette matité se prolonge en haut sous les côtes. Les limites de la matité sont les suivantes: en avant, une ligne courbe à concavité regardant en haut et en dedans, et courant du bord gauche de l'ombilic jusqu'à la 6e côte environ; en haut, une ligne presque horizontale, étendue de la 6e côte gauche au bord inférieur de la 8e près de l'articulation costo-vertébrale correspondante; en bas, une ligne partant du bord gauche de l'ombilic, descendant jusqu'à 2 travers de doigt de l'arcade de Fallope gauche, passant un peu au-dessus de l'espace iliaque A. S. gauche et se recourbant en arrière dans la région lombaire pour rejoindre, à la 8e côte, la ligne de matité supérieure.

La percussion montre, en outre, que le pôle inférieur de la tumeur est moins franchement mat que le reste; il y a là une bande de submatité de 2 travers de doigt environ. L'insufflation du côlon montre qu'il n'y a pas de bande sonore au-devant de la tumeur.

La matité hépatique s'étend de la 4e côte au rebord des fausses côtes sur la ligne mammaire. Le rein droit n'est pas perceptible à la palpation. Les urines sont abondantes, très rouges, très chargées, pendant les périodes des crises douloureuses. Jamais il n'y a eu d'hématurie.

L'auscultation du cœur et des poumons ne dénote rien d'anormal. L'examen du sang, fait par Esmonet, donne les résultats suivants:

4.245.000 globules rouges.
6.400 globules blancs.
22 p. 100 mononucléaires.
78 p. 100 polynucléaires. Par d'éosinophiles.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à 12 ans et demi; tou-

jours régulièrement de 15 à 41 ans; depuis deux ans, les règles sont devenues plus irrégulières.

Excellente santé jusqu'en 1891. A cette époque, la malade étant enceinte se trouva atteinte d'un kyste de l'ovaire; elle fit un accouchement prématuré de 7 mois. Deux mois après, le docteur Hartmann l'opéra, à l'hôpital Bichat, d'un kyste de l'ovaire.

En 1894, nouvelle grossesse à terme.

La malade a toujours habité Paris. Jamais de paludisme. Le docteur Hartmann, qui vit la malade en 1899, pensa qu'il s'agissait d'une rate flottante. Actuellement, en présence des symptômes présentés par la malade, on porte le diagnostic vraisemblable de tumeur kystique de la rate, ou de rate flottante à pédicule tordu (?).

Opération. — Le 27 juin 1902, le docteur Hartmann pratique l'opération suivante :

Incision médiane sur l'ancienne cicatrice opératoire, remontant au-dessus d'elle. Dans la région épigastrique, à gauche de la ligne médiane, on voit immédiatement la tumeur, de couleur grisâtre, rénitente, située au-dessous et à gauche de l'estomac, au-dessus de l'angle gauche du côlon qui est refoulé en dedans; quelques adhérences inflammatoires réunissent cette tumeur à la concavité gauche de la voûte du diaphragme et à une masse graisseuse, constituée par de la graisse péricolique. On décolle ces adhérences, puis on ponctionne la tumeur kystique; on en retire 350 grammes d'un liquide chocolat, un peu visqueux. De l'intérieur de la poche, on retire des petits kystes secondaires de couleur jaunâtre, mêlés à des débris visqueux. On marsupialise le kyste, après excision partielle de sa paroi. Drain.

Suites immédiates et éloignées. — Les suites opératoires furent tout à fait simples. La malade est sortie guérie, avec une fistulette insignifiante, le 15 août 1902. Depuis lors nous avons souvent revu la malade, qui porte toujours une fistule dans la région de l'hypocondre, mais dont l'état général est excellent (janvier 1907).

Examen anatomique de la poche kystique et de son contenu. — Des morceaux de la poche sont prélevés en différents points; de plus, on a inclus des fragments pris dans les détritus noirâtres qui se trouvaient au centre de la poche.

La paroi de la poche principale est constituée :

a) Par du tissu conjonctif dense, en faisceaux à direction parallèle, riches en fibres de tissu conjonctif adulte, avec quelques cellules plates; les vaisseaux sont assez nombreux, sans lésions de leurs parois.

b) En dedans de cette paroi fibreuse, on trouve une assise de cellules épithéliales cylindriques très hautes, à protoplasma bien coloré, à noyau situé à la base de la cellule, également bien coloré; quelques-unes de ces cellules sont en sécrétion muqueuse très nette avec des boules de mucus dans leur protoplasma; d'autres cellules, qui ont éliminé leur mucus, présentent une structure un peu caliciforme. Nulle part on n'aperçoit de divisions indi-

rectes; de plus, l'épithélium est partout typique, sans tendance à l'infiltration des plans sous-jacents. Souvent le revêtement épithélial interne du kyste se soulève en saillies, sortes de villosités, dont l'axe est formé de tissu conjonctif à structure fibrillaire, et revêtues, d'autre part, de l'épithélium cylindrique déjà décrit. En d'autres points, au contraire, l'épithélium s'invagine, formant des sortes de cavités glandulaires (V. fig. 2).

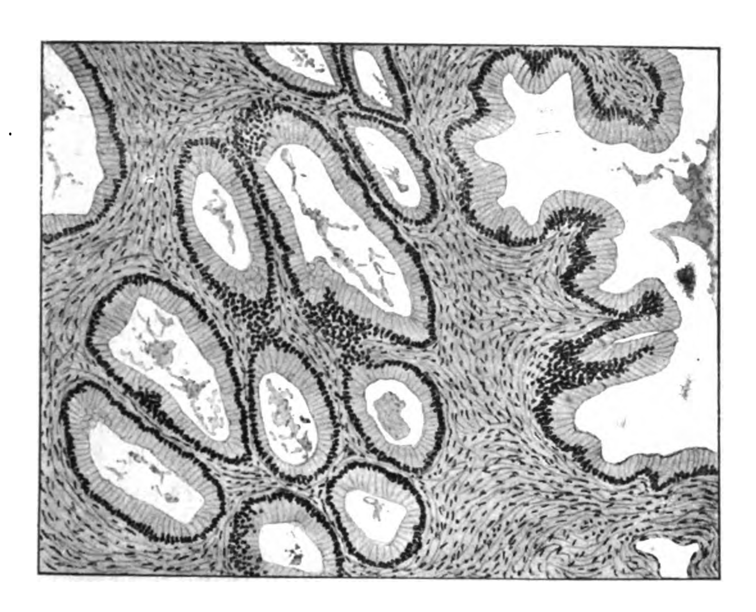


Fig. 2. — Coupe d'un épithéliome kystique de l'hypocondre gauche chez une malade antérieurement opérée d'un kyste banal de l'ovaire. Le kyste secondaire présente absolument la structure de l'épithéliome mucoïde bénin de l'ovaire avec ses grandes cellules épithéliales caliciformes. (Grossissement : 350/1.)

Les *petits fragments situés* au milieu du liquide contenu dans le kyste sont constitués :

a) Par du sang extravasé avec un réseau de fibrine contenant dans ses mailles des hématies et des leucocytes;

b) Par des portions nécrosées de la tumeur, dont les éléments histologiques se colorent à peine, mais qui permettent néanmoins d'apercevoir çà et là des placards d'épithélium cylindrique, souvent caliciforme.

Au point de vue histologique, il s'agit donc ici d'un kyste, dont la structure est absolument identique à celle des kystes mucoïdes ordinaires de l'ovaire. L'aspect de l'épithélium cylindrique à cellules caliciformes (cystadenoma pseudomucinosum) surtout est bien caractéristique.

Il s'agit donc dans ce cas d'une greffe à distance de l'épithélioma kystique muqueux de l'ovaire, qui s'est développée lentement dans le grand épiploon, a contracté des adhérences avec l'estomac, la rate, le côlon, et a fini par simuler une tumeur développée primitivement dans cette région.

Obs. III. — *Épithélioma pavimenteux primitif du col utérin : hystérectomie abdominale totale. Apparition, au bout de six mois, d'un noyau néoplasique volumineux de même nature à la partie inférieure de la cicatrice abdominale. Extirpation de ce noyau.* — Henriette X..., âgée de 36 ans, nous est adressée par le docteur Heulin et entre, le 3 octobre 1905, salle Lailler, pour des pertes rouges, survenant sans cesse en dehors des règles depuis un an environ. Ces pertes n'étaient pas accompagnées de douleurs. Depuis deux mois, ces métrorrhagies sont devenues plus abondantes. La malade a un très bon état général : depuis un an, elle a même engraissé de 10 livres et son appétit est conservé. Son père est mort d'apoplexie, sa mère est bien portante ; elle a eu trois couches normales, à terme. Au toucher, on constate que le col est gros et induré ; son orifice admet l'extrémité du doigt ; il est entouré de végétations dures, inégales, saignantes. Les végétations dépassent en arrière la lèvre postérieure du col et empiètent sur la muqueuse vaginale du cul-de-sac postérieur. Le corps utérin est en antéflexion, de consistance ferme et de volume normal. Le tout est mobile, sans induration au niveau de la base des ligaments larges.

Opération, le 6 octobre 1905, par M. Hartmann. — Après incision médiane de l'ombilic à la symphyse et ouverture de la cavité abdominale, on trouve un corps utérin rouge très vascularisé ; on détache quelques adhérences épiploïques. Ligature des utéro-ovariennes, puis des ligaments ronds des deux côtés; ouverture des ligaments larges ; ligature des utérines en dehors du croisement de l'uretère. Décollement de la vessie. Section des ligaments utérosacrés. On place ensuite une pince coudée sur le vagin ; section du vagin au-dessus de la pince et ablation de l'utérus et de la partie supérieure du vagin. Surjet au catgut sur la tranche vaginale. Autoplastie pelvienne, en laissant à droite un point ouvert pour le passage d'un gros drain, qui ressort par la partie inférieure de l'incision abdominale. Fermeture de la paroi à trois plans, après avoir réalisé une sorte de cystopexie abdominale en chargeant la musculaire vésicale par plusieurs fils qui sont fixés à la paroi musculo-aponévrotique.

La malade guérit rapidement, après avoir présenté cependant de la rétention d'urine pendant 14 jours.

La pièce examinée histologiquement est un *épithélioma pavimenteux très atypique* du museau de tanche.

La malade revient le 7 avril 1906, soit 7 mois après l'opération, parce qu'elle présente, au niveau de la partie inférieure de sa cicatrice abdominale, une tuméfaction dure, diagnostiquée « hernie » par son médecin.

On constate qu'il existe, à la partie supérieure de la cicatrice, un petit épaisissement d'apparence chéloïdienne, qui se présente sous la forme de noyaux indépendants les uns des autres. Il en est de même de la partie correspondant à l'orifice du drain.

Ce qu'il y a de particulier et ce que l'on voit bien surtout lorsque la malade est placée en position élevée du bassin, c'est que toute la partie inférieure de la cicatrice, correspondant au mont de Vénus, est soulevée par une tuméfaction

du volume d'un demi-œuf de dinde sans aucune altération de la peau. La cicatrice et la peau normale sont mobiles sur la tumeur, qui ne présente quelque adhérence qu'au niveau de la partie de la cicatrice correspondant à l'ancien orifice du drain. La tumeur est dure, absolument fixée sur le pubis et douloureuse à la pression. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont souples; la face postérieure de la symphyse pubienne ne présente rien d'anormal ; mais immédiatement au-dessus d'elle et indépendante d'elle, faisant corps avec la paroi abdominale antérieure, on sent la tumeur dure que montrait la palpation en avant. On pense qu'il s'agit là d'une *récidive néoplasique dans la paroi abdominale.*

Opération le 9 avril 1906. — Incision se dédoublant au niveau de la partie inférieure de la cicatrice abdominale : dissection de la tumeur, qui s'implante sur le pubis au niveau de son bord supérieur. Profondément on passe en avant de la vessie qui est saine. Excision, avec un fort bistouri à lame courte, de la partie supérieure du pubis. Réunion au fil d'argent et au crin.

Sur une coupe totale de la tumeur enlevée qui a le volume d'un gros œuf de dinde, on voit qu'elle est formée par un tissu grisâtre, parsemé de points blanc jaunâtre, dur, criant sous le couteau. Cette tumeur est manifestement développée dans les aponévroses de la ligne blanche, à leur insertion pubienne.

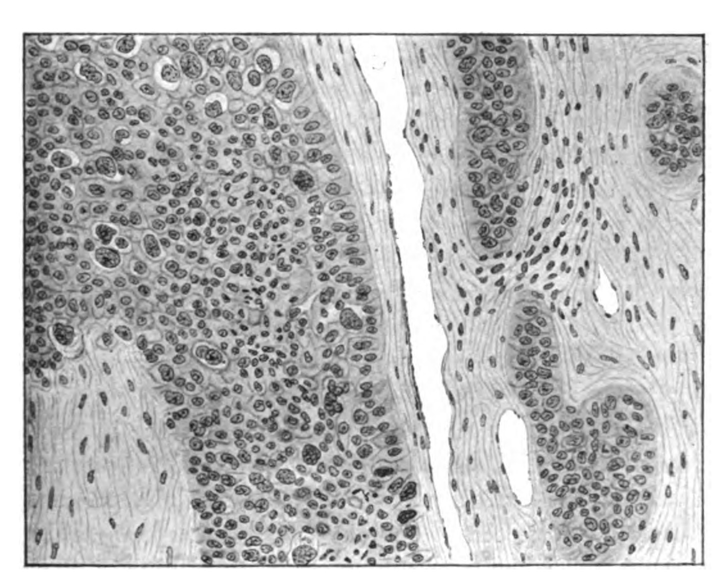


FIG. 3. — Coupe d'un noyau néoplasique développé dans la cicatrice abdominale d'une hystérectomie pour épithéliome pavimenteux du col utérin. On voit que ce noyau pariétal est formé par un tissu conjonctif dense, traversé de boyaux d'épithéliome pavimenteux très atypique, avec des noyaux géants en karyokinèse irrégulière. (Grossissement : 350/1.)

L'examen histologique (V. fig. 3) montre que cette tumeur est formée par un noyau volumineux de récidive cancéreuse, présentant une structure

tout à fait analogue à celle de la tumeur primitive du col utérin. Des boyaux d'épithéliome pavimenteux très atypique et en pleine activité, avec figures de karyokinèse nombreuses, sont semés dans un tissu cicatriciel formé de fibres conjonctives adultes.

Suites éloignées. — La malade, revue le 12 janvier 1907, est en état de santé parfaite : elle a engraissé de 10 kilogrammes depuis sa dernière opération ; l'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier ; la cicatrice vaginale est souple ; pas trace d'induration des ligaments larges. La cicatrice cutanée a, vers sa partie inférieure, une apparence un peu chéloïdienne, qui existe d'ailleurs depuis la première opération. Il n'y a absolument rien dans les tissus sous-cutanés, qui sont souples, normaux, sans aucune adhérence avec la cicatrice cutanée.

Obs. IV. — *Épithélioma vésical récidivé, avec présence, au niveau du méat uréthral, d'une tumeur de même nature.* — Mlle P..., 50 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'en janvier 1905, au retour d'une soirée, elle fut prise d'une hématurie totale. Quelque temps après, de même après une fatigue, nouvelle hématurie. Les mictions, jusqu'alors normales, commencent à se modifier, deviennent plus fréquentes et, dans le courant du mois d'août, commencent à s'accompagner de douleurs. Nous la voyons, à ce moment, pour la première fois, avec le docteur Roux.

Les mictions sont fréquentes, douloureuses, surtout à la fin, les urines sont troubles, mêlées de sang liquide et de petits caillots. La vessie est un peu douloureuse à la pression dans sa partie latérale gauche, où elle semble épaissie. Un examen d'urine, fait au laboratoire municipal, indique la présence de bacilles tuberculeux. Influencé par cet examen, nous n'attachons aucune importance à l'épaississement que nous constatons à gauche et pensons à une tuberculose urinaire.

En novembre, nous sommes rappelé, la malade éprouvant toujours les mêmes troubles mais avec une intensité beaucoup plus grande. Dans la partie gauche de la vessie on sent manifestement une tumeur ; aussi revenons-nous sur le premier diagnostic et conseillons-nous une intervention.

Le 7 novembre 1905, *première opération.* — Cystotomie hypogastrique par M. Hartmann ; toute la partie gauche de la vessie est occupée par une tumeur villeuse du volume d'un œuf de poule, que nous enlevons par morceaux avec le doigt, extirpant ensuite son pédicule au bistouri en réséquant la portion de vessie sous-jacente. Pinces sur les artérioles qui saignent ; puis ligature au catgut. Réunion de la plaie vésicale et abdominale, sauf l'angle inférieur où nous plaçons un tube qui sort par l'urèthre et est percé de trous dans la portion intra-vésicale.

Ce tube est enlevé le 15 novembre et remplacé par une sonde uréthrale. La guérison se fait sans incidents, et la malade quitte la maison de santé, entièrement guérie, le 7 décembre.

Examen histologique. — La pièce enlevée est le type de la tumeur villeuse :

sur les coupes perpendiculaires à l'axe de la tumeur, on trouve de nombreuses villosités formées d'un axe central conjonctif très grêle et très vasculaire, et recouvert sur ses deux faces par de nombreuses assises de cellules épithéliales, les unes cylindriques, les autres en raquette ou plus aplaties et rappelant tout à fait par leur structure les cellules du revêtement vésical normal.

Il existe d'assez nombreuses figures de karyokinèse dans les cellules les plus rapprochées de l'axe conjonctif de la villosité.

En résumé, il s'agit ici d'un *épithéliome typique* de la vessie à forme végétante. Après avoir été très bien pendant quelque temps (retour de l'appétit, des forces, urines claires, mictions normales), il reparaît en fin janvier un peu de sang dans l'urine ; en mars, les mictions recommencent à être plus fréquentes et douloureuses. Ces symptômes s'aggravent progressivement et en mai la malade arrive à uriner toutes les heures, souffrant pendant et après. Ces symptômes s'aggravent dès qu'elle est debout. Les urines sont troubles, mêlées de sang et ont une odeur de sphacèle. Par le palper bimanuel, il est indiscutable qu'une tumeur s'est de nouveau développée.

Le 15 *mai* 1906, *deuxième opération.* — Incision sur la cicatrice de la première opération ; débridement transversal de 1 centimètre et demi sur le grand droit à gauche, à la partie inférieure de l'incision. La vessie ouverte, nous y trouvons une tumeur en forme de boudin recourbé, de la grosseur de deux pouces réunis, longue de 8 centimètres, sphacélée à son extrémité. Nous le détachons en grande partie avec le doigt, puis saisissons le pédicule avec des pinces de Richelot et l'attirons dans la plaie.

Ce pédicule est implanté en arrière et à droite du col, recouvrant et cachant l'uretère droit. Avec une sonde urétérale, nous cathétérisons celui-ci, puis excisons le pédicule, réunissons par quatre catguts qui font en même temps l'hémostase, puis enlevons la sonde urétérale.

Drain uréthro hypogastrique, fermeture à deux étages de la plaie.

Le 25 *mai*, ablation du tube, sonde à demeure.

Le 6 *juin*, la sonde est enlevée et la malade, guérie, quitte quelques jours après la maison de santé.

Examen histologique. — Cette seconde tumeur ressemble en tous points à la première ; comme celle-ci, elle répond au type des tumeurs épithéliales villeuses ; cependant les villosités sont moins développées, moins longues que dans la première tumeur, et il existe des figures de karyokinèse très abondantes dans les couches basales de l'épithéliome.

Le pédicule a été examiné avec soin et il ne renfermait que du tissu musculaire lisse et des vaisseaux ; nous n'y avons pas trouvé d'infiltration épithéliale. En résumé, ici encore il s'agissait d'un épithéliome typique de la vessie, à cellules du type de revêtement d'Albarran et, malgré les karyokinèses abondantes, rien ne permettait de penser à une tumeur histologiquement maligne.

Comme après la première opération, tout va bien pendant les premiers temps ; les urines sont redevenues claires et les mictions normales ; l'état général un peu altéré s'est remis presque immédiatement.

Le 30 *juin* cependant, il y a émission d'urines un peu teintées, mais tout rentre dans l'ordre les jours suivants. En octobre, tout recommence; les symptômes vont s'aggravant progressivement; de plus, une tumeur apparaît au niveau du méat, qui saigne au moindre contact.

Le 13 *novembre* 1906, *troisième opération.* — Saisissant avec un pince de Richelot la tumeur, du volume d'une bille, qui fait saillie au niveau du méat, nous l'attirons au dehors et constatons qu'elle s'implante immédiatement en arrière du méat, sur la partie latérale droite et un peu inférieure du canal. Avec le thermo-cautère nous sectionnous son implantation.

Ouverture de la vessie sur l'ancienne cicatrice; avec le doigt nous détachons les masses néoplasiques qui la remplissent, masses molles, assez friables, dont l'ensemble représente le volume d'un œuf de poule.

La vessie débarrassée, nous examinons avec soin sa face interne. Les masses enlevées s'implantaient en arrière du col vésical, remontant sur la partie latérale droite de la masse. Excision des parties qui restent; curettage, puis cautérisation au thermo-cautère de leur implantation.

Une petite tumeur isolée, du volume d'un grain de chènevis, située sur la partie latérale gauche de la vessie, est excisée et son pédicule cautérisé.

Drainage abdomino-uréthral. Réunion du reste de la plaie.

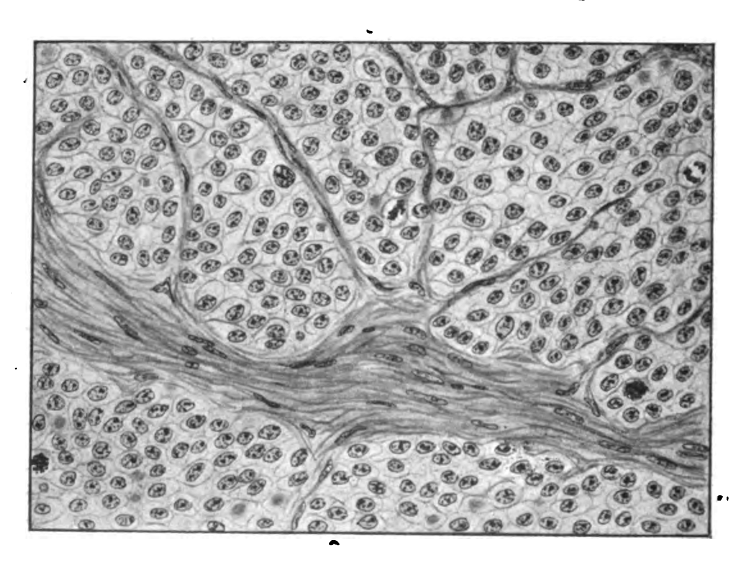


Fig. 4. — Coupe d'une tumeur du méat uréthral consécutive à une tumeur de la vessie. Le noyau néoplasique présente tous les caractères d'un épithéliome atypique vésical. (Grossissement : 350/1.)

Le 18, le tube est enlevé, on place une sonde à demeure; le 29 on enlève la sonde. La malade guérie quitte la maison de santé en parfait état, ayant des urines claires et des mictions normales.

Examen histologique. — L'examen a porté: 1° sur un fragment de la tumeur vésicale récidivée; 2° sur la totalité de la tumeur du méat uréthral.

1° La tumeur vésicale récidivée est certainement cette fois un épithéliome atypique : les villosités sont à peine ébauchées et, au contraire, il existe une végétation épithéliale en profondeur des plus nettes. Les cellules sont atypiques, pressées les unes contre les autres, et présentent des altérations nucléaires importantes et des noyaux en chromatolyse, noyaux géants, noyaux en karyokinèse irrégulière ;

2° La tumeur du méat uréthral est tout à fait identique comme structure à la tumeur vésicale; comme celle-ci, elle est formée de boyaux épithéliaux pleins de cellules polyédriques, de noyaux irréguliers ou en karyokinèse atypique (V. fig. 4). Nous ne connaissons pas de tumeur uréthrale primitive de ce type chez la femme.

La première de ces observations est un bel exemple de *greffe-néoplasique spontanée* d'un cancer utérin sur le vagin. L'ulcération du cul-de-sac postérieur du vagin, au lieu de présenter le type de l'épithélioma pavimenteux vaginal, était, comme structure, identique à la tumeur intra-cervicale. Il ne s'agissait donc pas du développement simultané de deux épithéliomas, un pavimenteux dans le vagin, un cylindrique dans l'utérus, les deux étaient des épithéliomas cylindriques des plus nets et identiques.

Il était donc évident que l'ulcération vaginale n'était pas indépendante de celle du canal cervical et que l'ulcération néoplasique vaginale était secondaire à celle du col utérin, puisque l'épithélioma qui la constituait reproduisait le type des épithéliomas intra-utérins.

Un seul point peut donc être discuté, celui du mode de propagation de l'épithélioma intra-cervical à la muqueuse du vagin. S'agit-il d'une *greffe vraie* ? L'ulcération vaginale est-elle consécutive à une *métastase rétrograde* ? La question peut être soulevée. Von Recklinghausen a en effet montré que l'on peut observer, au cours de l'évolution des néoplasmes malins, des métastases qui se font en sens inverse du courant lymphatique normal. Le transport des cellules cancéreuses se fait, en pareil cas, à contre-courant, la lymphe refluant en arrière vers les ganglions sous-jacents, par suite de l'oblitération des voies lymphatiques sus-jacentes. C'est ainsi que, par exemple, les ganglions lymphatiques inguinaux peuvent être envahis dans le cancer primitif du corps utérin, qui normalement ne déverse de lymphe que dans les ganglions iliaques et surtout lombaires.

Ce mécanisme de la métastase rétrograde a été pris sur le fait,

pour ainsi dire, dans deux observations, l'une de Kaufmann (1), l'autre, de Hellendall (2), où les coupes des tissus intermédiaires au cancer utérin et aux ulcérations vaginales secondaires montrèrent qu'il y avait, en certains points, de véritables embolies cancéreuses dans les capillaires lymphatiques.

Chez notre malade cette explication pourrait être discutée si les grosses voies lymphatiques de l'étage inférieur du ligament large, qui drainent normalement la lymphe du col, étaient oblitérées et si les cellules néoplasiques avaient reflué vers les réseaux lymphatiques de la partie supérieure du vagin.

On ne peut admettre cette hypothèse dans notre observation. L'examen attentif des ligaments larges ne permit pas de déceler cliniquement la moindre infiltration de ceux-ci et, d'autre part, une série de coupes histologiques, faites par l'un de nous, sur la zone intermédiaire au néoplasme du col et à l'ulcération vaginale, n'ont permis de trouver en aucun point des cellules épithéliales néoplasiques dans les capillaires lymphatiques de la sous-muqueuse ou de la musculaire du vagin.

Nous sommes donc amenés à conclure qu'il s'agissait bien, dans ce cas, d'une *greffe directe de cellules néoplasiques du cancer du col sur la muqueuse vaginale.*

Il n'y a aucune objection sérieuse à ce mécanisme de la greffe néoplasique spontanée. L'existence de pareilles greffes a été admise déjà par d'autres auteurs.

En 1881, Kaufmann a expliqué par le mécanisme de la greffe la présence de deux épithéliomas chez une vieille femme qui, en même temps qu'un épithélioma du dos de la main, présenta secondairement un épithélioma de structure identique sur la conjonctive oculaire qu'elle frottait souvent avec cette main (3).

Bergmann (4) regarde aussi comme un exemple de greffe spontanée le cas d'un homme atteint de cancer de la lèvre inférieure, et qui, deux mois après le début de celui-ci, au point exactement symétrique de la lèvre supérieure, vit se développer un second cancer.

(1) KAUFMANN, *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, 1898, t. CLIV.
(2) HELLENDALL, *Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn.*, 1902, t. VI, p. 422.
(3) KAUFMANN, Ueber Multiplicität des primären Carcinoms. *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, t. LXXII, p. 181.
(4) Observation relatée par STICKER, *Münchener medicinische Wochenschr.*, 1906, n° 39, p. 1904.

Ces cas prêtent évidemment matière à discussion, et l'on peut dire qu'il ne s'agit là que d'épithéliomas multiples, développés successivement chez le même individu sous l'influence de la même cause génératrice. Mais il n'en est pas de même des faits empruntés à Klebs (1). Ce dernier, dès 1869, a publié trois observations d'épithélioma pavimenteux de l'estomac consécutifs à des cancers: 1° de l'œsophage au niveau de la bifurcation de la trachée ; 2° de la langue; 3° de la face avec destruction du nez et envahissement du pharynx.

Beck (2) trouva, à l'autopsie, un épithélioma pavimenteux de l'œsophage et un deuxième épithélioma, de même pavimenteux, sur la muqueuse stomacale. Dans tous ces derniers faits comme dans notre observation personnelle, la structure du deuxième épithélioma, identique à celle du premier et différente de celle des épithéliomas nés dans la région qu'il occupe, coupe court à toute discussion. Il s'agit incontestablement de *greffes néoplasiques apparues spontanément.*

Dans nos 3 autres observations, il s'agit de *greffes néoplasiques consécutives à une intervention chirurgicale.* Dans l'observation II, le kyste de la région de l'hypocondre gauche, opéré en 1902, est manifestement secondaire à l'ablation du kyste ovarique faite en 1891. La structure de la tumeur secondaire est caractéristique et rappelle absolument à l'œil nu et au microscope celle de l'épithéliome kystique mucoïde banal de l'ovaire. Rien ne permet de les distinguer et, sur le champ du microscope, la préparation du kyste de l'hypocondre sera considérée par tout histologiste comme une coupe de kyste banal de l'ovaire. L'évolution clinique, lente et bénigne, est de même identique. Il est probable qu'au cours de la première opération, quelques cellules épithéliales sont tombées dans le péritoine et se sont greffées dans la région de l'hypocondre gauche, où elles ont donné naissance à une nouvelle tumeur kystique.

Le fait est assez rare, mais il en existe cependant quelques exemples. Olshausen (3) en a publié une observation ; Baumgarten (4) et Pfannenstiel (5) en ont chacun observé un cas développé dans la cicatrice abdominale plusieurs années après l'ablation de kystes de

---

(1) Klebs, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, Berlin, 1869.
(2) Observation relatée par Ribbert. *Geschwulstlehre*, Bonn, 1904, p. 40.
(3) Olshausen, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. VIII, p. 262.
(4) Baumgarten, *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, t. XLVII, p. 1.
(5) Pfannenstiel, *Arch. f. Gyn.*, t. XLVIII, p. 566.

l'ovaire; Sänger a même vu le développement d'une tumeur de la paroi au niveau d'un trajet de ponction de kyste bénin de l'ovaire.

Dans notre observation, comme dans celles que nous venons de citer, la greffe a reproduit le type primitif et a présenté l'évolution bénigne habituelle du kyste de l'ovaire. La tumeur de l'hypocondre a été constatée chez notre malade, par l'un de nous, dès 1899, huit ans après l'ablation du kyste de l'ovaire ; incomplètement extirpée en 1902, elle a laissé un trajet fistuleux muco-purulent, qui persiste depuis cinq ans ; l'état général est resté excellent et il n'y a certainement pas de dégénérescence maligne.

Ce n'est pas le cas ordinaire et, comme le montrent les observations réunies par Pfannenstiel et par Terrillon (1), le plus souvent les tumeurs abdominales, qui apparaissent après une opération de kyste mucoïde de l'ovaire, évoluent comme des cancers et amènent rapidement la mort.

Notre observation III est absolument typique comme exemple de greffe dans une plaie opératoire ; six mois à peine après une hystérectomie abdominale totale avec résection du fond du vagin pour cancer du col, apparaît à la partie inférieure de la cicatrice abdominale, au-devant du pubis, un noyau cancéreux dont le type histologique est identique à celui de la tumeur primitive du col utérin. Du côté de la cicatrice vaginale et des ligaments larges, au contraire, il n'y a rien et depuis l'ablation du noyau secondaire de la paroi, qui remonte maintenant à huit mois, la malade a engraissé et se porte à merveille. Ici, l'observation clinique a la valeur d'une expérience sur l'animal : le noyau secondaire de la cicatrice pariétale est certainement dû à une *greffe accidentelle* de quelques cellules cancéreuses tombées du néoplasme pendant son ablation.

Les faits analogues ne sont pas très rares et il en existe de fort typiques. Citons ceux de Schopf (2), de Hofmeier (3), de Leopold (4). Schopf faisait une hystérectomie vaginale pour cancer du col : manquant de jour, il pratiqua un débridement vulvo-vaginal. Trois mois

---

(1) Terrillon, Des récidives cancéreuses après ablation des kystes de l'ovaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1885, et *Œuvres de Terrillon*, Paris, 1898, t. II, p. 377.

(2) Schopf, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1891, t. IV, p. 840.

(3) Hofmeier, *Zeitschrift für Geb. und Gynäk.*, 1895, t. XXXII, p. 171.

(4) Leopold, *Arbeit. aus der Frauenklinik in Dresden*, 1895, t. II, p. 203.



après, tandis que la cicatrice vaginale était souple et normale, un noyau cancéreux, présentant la structure de l'adéno-carcinome intra-cervical, apparut au niveau de la cicatrice du débridement vulvo-vaginal. Le cas d'Hofmeier est identique : apparition d'un noyau d'adéno-carcinome au niveau de la cicatrice d'un débridement vulvo-vaginal, pratiqué un an auparavant au cours d'une hystérectomie vaginale pour cancer primitif du corps utérin (adéno-carcinome). Enfin, dans le fait rapporté par Leopold, cet opérateur, pendant une hystérectomie vaginale pour cancer du col utérin (épithélioma pavimenteux), déchira assez profondément la grande lèvre droite avec une pince à traction. Un an après, apparut dans la cicatrice de cette déchirure un noyau d'épithélioma pavimenteux. Hyvert, dès 1872, avait relaté un fait absolument comparable de la pratique de Tessier, où un épithélioma de la langue avait été suivi d'un épithélioma de la joue droite, au point que l'on avait fendu pour se créer une voie d'accès plus facile (1).

Ces faits sont des plus probants, et si pour quelques-uns on peut admettre l'hypothèse improbable d'un épithélioma de cicatrice (cas de Tessier), il n'en est pas de même de ceux où l'épithélioma vulvaire (cas de Schopf, de Hofmeier, de Leopold) se présentait sous la forme d'un épithélioma cylindrique, type adéno-carcinome des cancers intra-utérins. Joints au nôtre, ils prouvent jusqu'à l'évidence la possibilité de la *greffe néoplasique opératoire*.

Une conclusion pratique des plus importantes se dégage de ces faits : tout cancer doit être enlevé comme une poche à contenu septique, c'est-à-dire sans être ouvert ni entamé ; au cas où la tumeur serait ouverte par mégarde ou intentionnellement (pour vérifier un diagnostic, par exemple), il faudrait immédiatement rejeter comme infecté l'instrument qui a pénétré dans l'épaisseur de la tumeur.

Dans le cas particulier de l'hystérectomie abdominale pour cancer du col, il en résulte quelques particularités de technique opératoire que nous n'aurions pas dû négliger. Il faut soit se servir de pinces, clamps coudés pour fermer le vagin, soit commencer par un curettage vaginal suivi d'une cautérisation énergique. C'est certainement parce que nous avions négligé de prendre ces précautions, que nous avons laissé tomber, au cours de l'opération, quelques cellules néoplasiques dans le tissu cellulaire de la plaie abdominale, où elles se sont déve-

(1) HYVERT (J.), *De l'Inoculation cancéreuse*. Thèse de Montpellier, 1872.

loppées, arrivant ainsi à constituer une tumeur secondaire, que nous avons heureusement pu extirper avec succès.

Dans notre observation IV, la tumeur secondaire apparut au niveau du méat uréthral après deux interventions pour épithéliome végétant papillaire de la vessie. Il s'agit bien d'une tumeur secondaire, car la tumeur du méat a une structure identique à celle de la vessie et différente de celles décrites jusqu'ici au niveau de l'urèthre féminin. Mais la greffe opératoire paraît moins évidente ; nous croyons cependant qu'elle a pu se faire par l'intermédiaire du tube et de la sonde à demeure, laissés en place dans l'urèthre après les deux premières opérations. Il est possible d'admettre que le tube ou la sonde, en traumatisant légèrement l'urèthre, ait facilité l'implantation de quelques cellules néoplasiques en ce point. On sait d'ailleurs que les tumeurs vésicales se greffent très facilement à l'intérieur même de la vessie. Albarran, se fondant sur l'intégrité complète de la muqueuse vésicale dans l'intervalle qui sépare le pédicule de la tumeur principale des autres tumeurs secondaires plus petites, admet que ce sont des greffes, ce qui nous semble très rationnel. Un cas rapporté par Adenot (1) est du reste tout à fait démonstratif au point de vue de la possibilité de la greffe de tumeurs vésicales. Après une uréthrotomie interne, où la lame de l'uréthrotome avait intéressé une tumeur implantée au voisinage du col, ce chirurgien vit se développer une traînée néoplasique le long de la paroi supérieure de l'urèthre depuis le col vésical jusqu'au méat, comme si l'uréthrotome avait semé les cellules néoplasiques tout le long de son trajet.

Nous croyons donc que dans notre quatrième observation aussi, il s'agit de greffe néoplasique opératoire, la muqueuse uréthrale paraissant absolument normale entre le col de la vessie et le méat où siégait la tumeur secondaire. Évidemment, ce cas est plus discutable que les précédents, et il reste une place pour l'hypothèse de la métastase rétrograde.

En résumé, nos observations confirment ce fait, que les *tumeurs épithéliales bénignes* (épithéliome kystique de l'ovaire) *et surtout malignes* (cancer du col, épithéliome vésical) *peuvent se greffer, soit spontanément, ce qui est exceptionnel, soit plus souvent à la suite d'une intervention chirurgicale.*

(1) ADENOT, *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1895, p. 621.



L'expérimentation sur l'animal avait montré la possibilité de greffer les tumeurs épithéliales, à deux conditions essentielles :

1° Il faut que l'on greffe une tumeur provenant d'un animal de la même espèce (souris, rat);

2° Il faut, pour que la greffe réussisse, que l'on inocule *une parcelle vivante de la tumeur primitive* : les cellules néoplasiques broyées, triturées, ne donnent jamais d'inoculation positive.

Les cas cliniques que nous relatons, en nous montrant des tumeurs secondaires qui reproduisent non le type du cancer de la région secondairement atteinte, mais le type du cancer primitif, établissent nettement, comme les expériences, la possibilité de greffes cancéreuses cellulaires en dehors de tout transport par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Il résulte de ces diverses constatations, tant expérimentales que cliniques, qu'on n'a pas affaire à une inoculation par l'agent causal, encore hypothétique du cancer, mais qu'il s'agit de greffes de cellules déviées de leur type de développement normal et proliférant suivant le type néoplasique. En un mot, *il s'agit bien de greffes* absolument comparables à celles des kystes hydatiques dans la paroi abdominale, dont nous avons vu deux cas après des opérations de kyste hydatique du foie, ou à celles des inclusions épidermiques, donnant naissance à des kystes épidermoïdes sous-cutanés, dont nous avons observé plusieurs cas, soit à la main, à la suite de petites plaies cicatrisées, soit dans le périnée, longtemps après des opérations de périnéorraphie.

En pratique, le fait important à retenir, et nous y avons déjà insisté, c'est qu'*il faut, au cours d'une intervention chirurgicale pour néoplasme, multiplier les précautions pour extirper la tumeur sans l'ouvrir, protéger avec le plus grand soin toutes les surfaces cruentées et changer d'instruments aussi souvent qu'il le faudra, dès qu'un contact suspect les aura souillés.*

GROSSESSE DANS UN UTÉRUS DOUBLE PRISE POUR UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

LAPARO-HYSTÉROTOMIE EXPLORATRICE A TERME. — EXPULSION SPONTANÉE D'UN ENFANT VIVANT CINQUANTE HEURES APRÈS L'INTERVENTION. — GUÉRISON.

Par le docteur **PAUL MANTEL** (de Saint-Omer).
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Mme S..., Fanny, âgée de 30 ans, fille de ferme à Oye (Pas-de-Calais), entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis de Saint-Omer, le 22 mai 1906. Elle m'est adressée par mon confrère et ami le docteur Delbecq, de Gravelines (Nord), comme atteinte de tumeur fibro-kystique de l'ovaire droit, dont elle désire être opérée.

Cette femme, de constitution saine et robuste, a encore son père âgé de 70 ans, deux frères et deux sœurs vivants et bien portants. Sa mère et deux sœurs sont mortes de fièvre typhoïde; deux autres sœurs ont succombé en bas âge à des affections indéterminées.

Elle a toujours été bien portante, sauf une fièvre typhoïde à l'âge de 21 ans.

Née à terme, nourrie au sein ; réglée à 16 ans pour la première fois, elle l'a toujours été depuis très normalement et très régulièrement pendant 4 à 5 jours *toutes les 3 semaines*.

Mariée à 23 ans, elle a eu 4 grossesses normales, terminées à terme par des accouchements normaux, pour lesquels elle n'a jamais été assistée ni par un médecin, ni par une sage-femme. Ses enfants sont vivants et bien portants.

Grossesse actuelle, la cinquième. Les dernières règles, normales en abondance et en durée, datent du 17 *novembre* 1905; elle nourrissait son dernier enfant et était réglée comme d'habitude, toutes les 3 semaines.

Après deux mois de suppression de règles, c'est-à-dire vers la fin de janvier 1906, elle commença à souffrir assez vivement dans la région hypogastrique et notamment du côté gauche, un peu en dehors de la ligne médiane.

Ces douleurs, assez fortes et assez continues pour empêcher tout travail un peu prolongé, ont persisté jusqu'au moment précis où elle crut sentir les premiers mouvements de son enfant, c'est-à-dire jusqu'au 27 mai 1906.

Supposant bien qu'elle était enceinte, elle ne s'en préoccupa pas autrement, et ce n'est que plus tard, dans le courant de mai, qu'en ne sentant pas remuer son enfant, en constatant que son ventre ne se développait pas comme d'habitude, qu'elle sentait une grosseur dans la partie droite de l'abdomen, qu'elle se décida à consulter le docteur Delbecq. Celui-ci, après examen, conclut à une

tumeur fibro-kystique de l'ovaire droit et lui conseilla d'entrer dans mon service pour se faire opérer.

Premier examen le 23 mai 1906 : Mme S..., tout en me confirmant le diagnostic de mon confrère, ne me dissimula pas qu'elle croyait bien être enceinte.

Au palper de l'abdomen, je trouve dans le flanc droit, profondément enfouie sous la masse intestinale, une tumeur, du volume d'un gros poing d'adulte, arrondie, très dure, légèrement bosselée, un peu inégale, et donnant au doigt une sensation que je ne puis mieux comparer qu'à celle que fournit l'utérus lorsqu'après la délivrance il se contracte, se durcit et forme ce fameux globe de sûreté. Cette tumeur, tangente à la moitié droite de la ligne innominée, paraît faire corps avec cette ligne. Elle est manifestement incluse dans le ligament large droit, paraît adhérente et absolument immobilisée ; elle est mate, non fluctuante ; elle paraît ne rien contenir. L'auscultation au stéthoscope reste absolument négative.

Au toucher : vagin normal ; le col utérin, modérément ramolli, occupe sa situation normale. Lui faisant suite, l'utérus présente sa situation, sa direction, ses rapports normaux : il semble légèrement augmenté de volume et vide. Les culs-de-sacs sont libres.

Les seins sont augmentés de volume, l'aréole pigmentée, les tubercules saillants ; suintement léger par les mamelons, ligne brune très accentuée.

Pas de sécrétions utérines ou vaginales, urines normales.

J'avoue que le problème clinique ne me paraissait pas facile à résoudre. L'impression que me donnait cette tumeur, sa dureté, sa fixité, le peu de connexion qu'elle paraissait avoir sur l'utérus, ne me faisaient pas admettre facilement l'hypothèse d'une tumeur fibro-kystique. D'autre part, les signes de présomption d'une grossesse (suppression des règles chez une femme toujours bien réglée, modification du col utérin ramolli, des seins, de la ligne brune, affirmation de la femme Vpare) me faisaient pencher pour le diagnostic de grossesse, mais d'une grossesse anormale, puisque l'utérus était vide, qu'il présentait son volume normal, ou à peu près, sa forme et ses rapports habituels.

L'existence, l'intensité, la persistance des douleurs hypogastriques, la présence de cette tumeur exclusivement développée à droite, la coexistence des signes de présomption, me firent penser que je me trouvais en présence d'une grossesse extra-utérine datant de six mois environ, puisque Mme S... avait eu ses dernières règles *le 17 novembre*.

Je ne sais si mon affirmation eut une influence sur la malade, mais, dès le 27 mai, elle prétendit qu'elle avait senti remuer son enfant. Je ne pus, d'ailleurs, constater le fait ni à la palpation, ni à l'auscultation.

En possession de ce diagnostic, je me demandai quelle conduite j'allais tenir. L'intervention immédiate me paraissait pleine d'aléa et je ne doutai pas qu'elle ne me conduisît à une hystérectomie abdominale. Cette mutilation chez une femme de 30 ans me paraissait bien dure.

L'épaisseur considérable du kyste fœtal me semblait rendre une rupture bien peu probable.



Je me décidai donc, bercé par l'espoir d'extraire de ce kyste un enfant vivant et viable, à attendre le plus possible le terme normal de la grossesse.

J'aurais voulu conserver Mme S... dans mon service, pour la surveiller, la soumettre au repos et être à même d'intervenir rapidement, si la nécessité s'en faisait sentir. Malgré tout ce que je pus lui dire, elle s'obstina à rentrer chez elle, où elle me promit de se reposer le plus possible.

Quelque temps après, mon confrère de Gravelines m'écrivit pour me confirmer le diagnostic: l'enfant vivait. Mme S..., entra de nouveau dans mon service le 24 juillet, sans avoir présenté d'autres phénomènes que quelques troubles de la miction et de la diarrhée.

Je constatai à ce moment que la tumeur avait considérablement augmenté de volume ; elle occupait tout le flanc et tout l'hypocondre droits, mais ne dépassait pas la ligne médiane.

Au palper, on la sentait considérablement amincie et on percevait le fœtus avec une facilité véritablement surprenante : la tête était en bas, près de la ligne médiane, le dos en avant, le siège et les petites extrémités en haut et à droite, sous le foie.

Bruits du cœur normaux.

Au toucher vaginal, le col est en place, ramolli, entr'ouvert ; l'utérus, un peu plus volumineux qu'au premier examen, paraît un peu abaissé par la tumeur. Il est facilement accessible dans toute son étendue; il est manifestement vide.

Devant m'absenter pour un mois, considérant que Mme S... n'était pas encore à terme, qu'il ne semblait y avoir aucun danger de rupture du kyste, désireux d'extraire un enfant vivant et viable, je décidai d'intervenir à ma rentrée, dans les premiers jours de septembre, et confiai ma malade à ma sage-femme, avec ordre de me prévenir à la moindre alerte.

Le mois d'août se passa sans incidents notables.

Le fœtus montra une mobilité toute particulière, changeant journellement de situation ; le 2, le 7, le 14 et le 21 août, la malade présenta, à plusieurs reprises, des douleurs abdominales pendant quelques heures.

Du 7 au 10 août, il se produisit des troubles de miction. La malade a de la peine à vider sa vessie et n'émet chaque fois que quelques gouttes d'urine. Le repos et quelques préparations diurétiques suffirent pour faire cesser ces accidents.

Le 22 août, diarrhée jusqu'au 24, cédant à quelques doses de bismuth.

A ma rentrée le 1er septembre, j'examine de nouveau M. S... et constate ce qui suit:

L'état général est excellent, l'enfant vivant et bien portant.

La tumeur s'est notablement développée ; elle occupe toujours le côté droit de l'abdomen, mais déborde maintenant la ligne médiane de 8 centimètres et demi environ; elle représente un ovoïde dont la grosse extrémité est en haut et à droite, et la petite, en bas et à gauche, s'arrêtant à mi-distance entre la symphyse pubienne et l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Cette tumeur mesure en plus grande largeur, sur une ligne passant par les deux épines

iliaques antéro-supérieures, à 7 centimètres au-dessous de l'ombilic, 38 *centimètres*, et en plus grande hauteur, sur une ligne qui suit le bord droit du muscle grand droit du côté droit, à 6 centimètres de la ligne médiane, 30 *centimètres*.

En palpant la tumeur, j'ai l'impression que ses parois se sont épaissies : la palpation est moins nette, moins aisée qu'à l'examen précédent.

L'auscultation me démontre que les bruits du cœur sont normaux ; la tête est en bas débordant la ligne médiane, le dos en avant et à droite, le siège et les petites extrémités sous le foie.

A ma grande satisfaction, je retrouve, à 8 centimètres et demi en dehors de la ligne médiane du côté gauche, au niveau du pôle gauche et inférieur de la tumeur, cette sorte de thrill que j'ai décrit le premier, et que je considère comme déterminé par le placenta. Perceptible au toucher sur une hauteur de 10 centimètres environ et sur une largeur de 6 à 7 centimètres, il va en s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne de ce point et qu'on palpe vers le centre de la tumeur.

Au point maximum du thrill, l'auscultation fait percevoir un souffle intense, qui suit le thrill et diminue avec lui.

Ce thrill coïncide d'une façon manifeste et exactement avec le point maximum des douleurs perçues par la malade, depuis le mois de décembre jusqu'au 27 mai.

Au toucher, l'excavation est vide de la tumeur : nulle part on ne peut l'atteindre avec le doigt ; le col est plus ramolli encore, entr'ouvert, il admet l'extrémité de l'index qui, au niveau de l'orifice interne, ne perçoit absolument que le vide. Le corps de l'utérus, encore augmenté de volume (il est le double environ d'un utérus normal à l'état de vacuité), est notablement abaissé ; on le parcourt en entier avec les deux doigts et on a la sensation absolue qu'il est vide.

J'avoue qu'il ne me restait aucun doute sur l'exactitude de mon diagnostic ; après avoir suivi pas à pas, jour par jour pour ainsi dire, l'évolution de cette tumeur, prise d'abord pour une tumeur fibro-kystique de l'ovaire, après avoir assisté à son développement progressif, y avoir constaté la présence d'un enfant vivant le 24 juillet, alors qu'elle siégeait encore tout à fait à droite, y avoir retrouvé ce signe si rare et si particulier du thrill observé déjà dans une grossesse extra-utérine, surtout après avoir *toujours* et *constamment* trouvé l'utérus à sa place *et vide*, il me semblait qu'il ne pouvait plus y avoir de doute !

Étant donné que Mme S... était arrivée à une époque très voisine du terme, et que tout me faisait espérer que je pourrais extraire un enfant vivant et viable, je me décidai à intervenir le 5 septembre, à 10 heures du matin.

Opération. — La malade, rasée, baignée, purgée la veille, est anesthésiée dans son lit par M. Marquis, externe des hôpitaux de Paris, à l'aide de l'appareil Ricard.

Je suis aidé par mon aide habituelle, la religieuse du service, et par ma sage-femme, Mlle Demichel, lauréate de la Maternité de Paris.

Désireux de me tenir aussi loin que possible de la zone d'insertion du placenta indiquée par le thrill et d'ouvrir le kyste fœtal suivant l'une de ses plus grandes dimensions, je fis l'incision en dehors du bord externe du grand droit du côté droit, sur une étendue de 20 centimètres environ.

L'incision du péritoine une fois faite sans incident et agrandie, je tombai sur la tumeur fœtale. A ma grande surprise, je ne retrouvai aucun caractère des kystes de grossesse extra-utérine ; d'un gris rose, dure, résistante, lisse, très épaisse, sans adhérences, cette tumeur ressemblait absolument à l'utérus gravide.

Si la paroi avait été moins épaisse, et si surtout je n'avais constaté, la veille encore, l'utérus en bonne place et manifestement vide, je ne serais à coup sûr pas allé plus loin, convaincu que j'avais commis une erreur de diagnostic.

Sachant, d'autre part, combien les kystes fœtaux peuvent offrir de variétés dans leur structure, j'incisai franchement le péritoine viscéral, que je repérai soigneusement, puis la tumeur : j'étais en plein tissu musculaire. Je continuai doucement ; l'hémorragie, d'abord d'intensité moyenne et facilement maîtrisable par compression, devint de plus en plus abondante, au fur et à mesure que j'avançais en profondeur. Je tombai alors sur un véritable lacis de sinus volumineux et je m'arrêtai en reconnaissant que j'étais en plein tissu utérin normal.

L'idée me vint alors que je me trouvais peut-être en présence d'un de ces cas exceptionnels, ou du moins exceptionnellement observés, d'utérus double, et j'abandonnai définitivement l'idée, que j'avais eue un moment, de terminer mon intervention par un Porro ou une hystérectomie totale.

Je fis une hémostase très soignée, bien que malaisée, je capitonnai mon incision utérine, je fis un surjet péritonéal et refermai la paroi abdominale, après avoir laissé un drain à l'angle inférieur de la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Le maximum thermique ne dépassa pas 37°,8.

Pendant les premières 24 heures, la malade se plaignit de douleurs assez vives dans l'abdomen, sans réaction péritonéale, car il n'y eut ni fièvre, ni vomissements, ni hoquet. Ces douleurs étaient dues à une rétention d'urine, pour laquelle on dut pratiquer le cathétérisme deux fois par jour.

Le 7 septembre, à la fin de la matinée, Mme S... fut prise de douleurs ; au toucher vaginal, col dilaté et poche d'eau en boudin ; on n'arrive sur aucune partie fœtale. Le fœtus est transversal en A.I.G. de l'épaule droite, si tant est, qu'on puisse dénommer ainsi une absence totale d'accommodation.

Les douleurs s'accentuent et se rapprochent : à 2 heures, la dilatation est complète ; on rompt les membranes, la tête est engagée, elle repose sur le plancher périnéal en O. P., et l'enfant est expulsé vivant en quatre ou cinq douleurs.

C'est une fille du poids de 2.200 grammes et de 45 centimètres de longueur ; les diamètres de la tête sont :

Bi-temporal	7	centimètres.
Bi-pariétal	9	—
Sous-occipito-bregm	9	—
Occipito-frontal	14	—
Occipito-mentonnier	13	—
Grande circonférence.	34	—
Petite circonférence	30	—

Le placenta normal est expulsé spontanément, aussitôt après la sortie de l'enfant.

Les membranes mesurent 0,33cm/0,05.

Le cordon mesure 33 centimètres. Liquide amniotique normal.

Immédiatement après la délivrance, en introduisant la main dans l'utérus et en parcourant sa surface interne avec les doigts, on trouve à gauche et en arrière, au-dessus de l'isthme, un orifice admettant facilement l'index et conduisant dans une deuxième cavité utérine, dans celle qui était vide et qui, du commencement à la fin de cette grossesse, a occupé la situation habituelle de l'utérus.

Les suites de couches ont été absolument normales, apyrétiques, ainsi qu'en témoigne la feuille de température.

Les deux seuls incidents post-opératoires ont consisté : en un léger suintement sanguin par le drain pendant 36 heures environ, et une rétention d'urine, nécessitant deux catéthérismes vésicaux quotidiens et qui a cédé après quelques jours.

M. S... est sortie guérie de mon service le 23 septembre, 18 jours après l'opération, 16 jours après son accouchement.

Tous mes efforts pour la conserver plus longtemps ont été vains.

Malheureusement, l'enfant, né débile, n'a pas survécu ; il s'est cyanosé et a succombé deux jours après sa naissance.

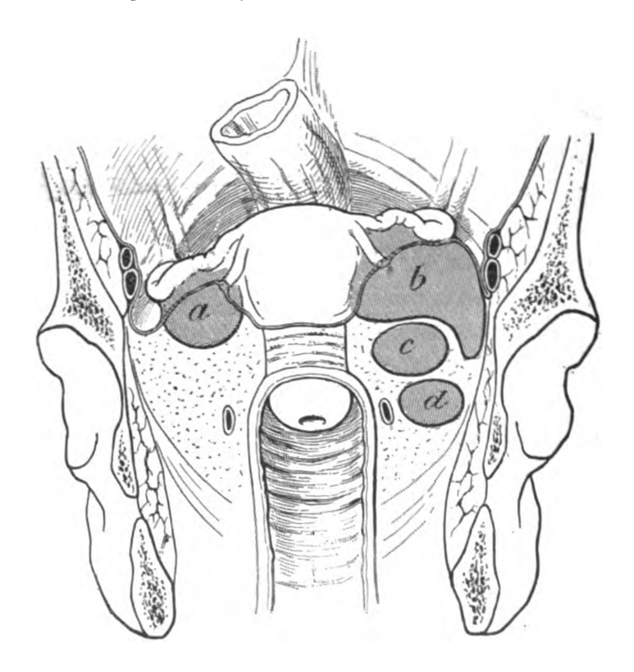
J'ai reçu des nouvelles de Mme S... dans les premiers jours d'octobre. La santé était excellente et elle avait repris ses habitudes.

FAITS CLINIQUES

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS DE KYSTES OVARIENS AVEC PRÉSENTATION DE PIÈCES (1)

Par **M. OLIVIER LENOIR.**

Obs. I. — *Kystes multiples inclus dans les ligaments larges.* — Il s'agit d'une malade de 29 ans, chez laquelle je constatais pour la première fois, en janvier 1904, une tumeur annexielle, rénitente, un peu moins grosse qu'une tête de fœtus. Hésitant entre un kyste et une salpingite, je prescrivis le repos, les bains, les injections. Après une période d'état stationnaire, il se produisit une



augmentation de volume très nette, qui me conduisit à opérer, en décembre 1904, avec l'assistance de nos collègues Herbet et Katz.

J'ai représenté, schématiquement, ce que je constatai. A gauche, dans le

(1) Communication à la *Société de l'Internat*, décembre 1906.

ligament large, était incluse une grosse masse kystique. Ayant incisé le péritoine, j'enlevai, de dedans en dehors, un premier kyste, contenant du liquide citrin, limpide, un peu filant, gros comme une petite tête fœtale, sur la paroi postérieure duquel on reconnaissait l'ovaire; cette ablation fut pénible, car le kyste présentait, en dehors, un prolongement plongeant, de haut en bas, vers la base du ligament large. Immédiatement au-dessous de ce kyste et absolument indépendant de lui, s'en trouvait un second, gros comme un œuf de dinde, que j'extirpai facilement. Il contenait un liquide fluide, clair comme de l'eau de roche. Encore plus profondément, immédiatement en dehors de l'uretère, j'enlevai un troisième kyste, gros comme un œuf de poule, dont le contenu était également fluide, clair et limpide. L'énucléation en fut assez pénible, étant donnée la profondeur à laquelle il se trouvait.

A droite, j'enlevai un kyste ovarien, gros comme une pomme, lui aussi inclus dans le ligament large et rempli de liquide couleur sucre d'orge. Marsupialisation de la poche du ligament large droit. Suites opératoires normales.

Il s'agissait donc là de quatre kystes inclus dans les ligaments larges. A gauche, les poches étaient absolument indépendantes et même séparées les unes des autres par une épaisseur notable de tissu conjonctif, et l'on ne saurait penser à un pénible clivage fait dans l'épaisseur des cloisons d'un kyste multiloculaire. Il semble bien probable que le kyste le plus élevé était ovarien et que les deux inférieurs, plus petits, étaient parovariens et développés aux dépens de l'organe de Rosenmüller.

Cette opération date de deux ans ; à l'heure actuelle, dans un cas semblable, j'aurais recours à l'hystérectomie abdominale, qui donne une tout autre facilité pour l'ablation de ces tumeurs.

Obs. II. — Les pièces que je vous présente maintenant proviennent d'une malade de 40 ans, opérée le 12 octobre 1906, avec l'assistance de notre collègue Lemaître et du docteur Geoffroy-Saint-Hilaire. L'intervention fut simple et les suites normales. Les deux trompes étaient saines, aux adhérences près. A gauche, kyste de l'ovaire, gros comme une tête de fœtus, contenant du liquide citrin, comportant une grande poche et, dans la paroi, une autre plus petite, du volume d'une amande. A l'examen du kyste on constate, sur sa face externe, de nombreuses végétations papillomateuses, il n'y en a pas à l'intérieur de la poche. L'ovaire droit étant scléro-kystique a été également enlevé. L'utérus, que je n'ai pas cru devoir sacrifier et tout le péritoine du petit bassin, tant pariétal que viscéral, présentaient de très nombreuses granulations papillomateuses, grosses comme des grains de mil, et cependant, fait très intéressant à noter, il n'existait qu'une quantité absolument insignifiante de liquide ascitique dans la cavité péritonéale. Les suites opératoires furent normales, mais e pronostic éloigné paraît évidemment assez sombre.

Obs. III. — Malade de 33 ans, nullipare, que je vis pour la première fois

en août 1906: elle était venue me consulter pour des varices, et le toucher me montra l'existence d'une masse annexielle gauche, rénitente, grosse comme une orange. Je remis ma décision et conseillai un traitement antiphlogistique; notons, cependant, qu'il n'y avait aucun passé puerpéral ou gonococcique.

La malade, dont la santé générale a été bonne depuis le premier examen, me revient en octobre 1906. Pendant les vacances, elle aurait été traitée par l'électricité ; il semble, d'après sa description, qu'il s'agisse d'applications de courants continus. Elle est gênée, souffre et je constate, à gauche, une masse, faiblement rénitente, grosse comme une tête d'adulte. Je pratique l'opération le 17 octobre, avec l'assistance des docteurs Lemaître et Geoffroy-Saint-Hilaire. Anesthésie au chloroforme. A gauche, gros kyste de l'ovaire, tombé derrière le ligament large et très adhérent au rectum; pendant sa libération, rupture de la poche et issue d'environ un litre de pus. Les annexes droites étant malades, je fais l'hystérectomie abdominale subtotale. Drainage vaginal, péritonéisation au-dessus du drain et du moignon utérin, en réunissant le ligament large au rectum et au péritoine pelvien.

Dès le lendemain, émission de gaz, urines abondantes, la langue est humide; au bout de deux jours, une selle abondante est facilement obtenue, pas d'agitation, pas de vomissements, pas d'ictère. La température a oscillé pendant les huit premiers jours entre 37° et 38°,4, sauf le sixième jour où il y a eu une élévation à 39° avec chute, dès le lendemain, à la suite d'une purgation ayant fait évacuer beaucoup de matières. Mais, fait assez singulier avec tous ces symptômes très favorables et sur lequel j'attire votre attention, la malade, pendant 9 jours, a présenté un pouls variant entre 120 et 180. Le chiffre de 120 n'a même été noté que deux fois, et ceux de 140 et 150 ont été presque constants. Le pouls était relativement bien frappé et il n'existait aucun autre trouble du côté du cœur que la tachycardie. J'ai noté, également, un peu de dyspnée. Au bout de 10 jours, tout était rentré dans l'ordre et la malade se levait, guérie, le 21e jour, le pouls oscillant cependant encore entre 104 et 108. J'avais d'abord attribué cette accélération du pouls à la présence du drain dans le cul-de-sac de Douglas, mais elle persista après son ablation, au 4e jour. Il s'agit donc, à n'en pas douter, d'une septicémie, facilement explicable puisqu'il y avait eu effusion de pus, mais de forme assez exceptionnelle pour être notée.

L'examen de la pièce montre, à droite, un ovaire kystique gros comme un œuf de dinde, la matrice est normale. A gauche, la trompe, grosse comme le petit doigt, lardacée à la coupe, est oblitérée, sauf au niveau du pavillon qui, dilaté, est rempli de substance caséeuse. L'ostium abdominal de la trompe est nettement bouché par la paroi du kyste. Celui-ci, uniloculaire, à pédicule non tordu, gros comme une tête de fœtus à terme, était rempli de pus ; les parois sont épaisses et la surface interne recouverte d'une véritable membrane pyogène; à la partie supérieure de ce kyste on reconnaît les restes de l'ovaire dans l'épaisseur de la paroi.

Les gynécologues s'occupant d'électrothérapie pourraient sans doute dire

si l'accroissement rapide de volume du kyste et sa suppuration doivent être mis au compte des électrisations subies par la malade. Je reconnais que, contre cette hypothèse, on pourrait invoquer les lésions de la trompe ; je tiens à noter que cet organe épaissi et lardacé ne contenait pas de pus et aussi que les investigations les plus minutieuses n'ont jamais permis de déceler une cause d'infection vagino-utérine.

OBS. IV. — *Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.* — J'examinai pour la première fois cette malade, nullipare de 46 ans, le 9 octobre 1906. Depuis six mois elle avait constaté l'existence d'une tumeur abdominale et avait éprouvé deux ou trois crises très douloureuses, la dernière en août. L'aspect général était mauvais, teint jaune, constipation opiniâtre, quelques vomissements, température axillaire oscillant entre 37°,5 et 38°, pouls relativement bon, urines sédimenteuses et rares : 350 centimètres cubes environ par 24 heures. Le ventre était un peu ballonné, très douloureux; le palper, forcément superficiel dans de pareilles conditions, montrait l'existence d'une volumineuse tumeur abdominale, située à droite de la ligne médiane, qu'elle dépassait cependant de un à deux travers de doigt, descendant jusqu'à l'arcade de Fallope et remontant jusqu'à un travers de main au-dessous du rebord costal. Au-dessus de l'arcade de Fallope droite, et la dépassant de deux à trois travers de doigt, masse assez dure, moins sensible à la palpation. Le toucher vaginal, très difficile, la malade étant vierge, ne donnait pas de renseignements importants.

Vu la rareté des urines et le siège de la tumeur, je soumis la malade à l'examen de notre collègue Cathelin qui élimina le rein. Je portai alors le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu et décidai de laisser « refroidir » avant d'opérer, prescrivant glace sur le ventre, évacuation de l'intestin, lactose, théobromine, etc. Peu à peu, la situation s'améliora ; au bout d'un mois, environ, la température oscillait entre 36°,5 et 37°,5, il y avait à peu près un litre d'urine par 24 heures, les vomissements avaient cessé, le ventre était beaucoup plus souple et moins douloureux, je décidai donc d'intervenir.

Opération, le 3 novembre 1906, avec l'assistance de notre collègue Lemaître et du docteur Le Masson. A gauche : kyste de l'ovaire qui, ponctionné, donne environ un litre de liquide chocolat ; il est, de toutes parts, adhérent aux anses intestinales: je le libère ; le pédicule, large, présentait une torsion d'un demi-tour de spire. Les annexes de l'autre côté étant malades et l'utérus fibromateux, je pratique l'hystérectomie abdominale subtotale. Péritonéisation avec le rectum, drain abdominal, suture de la paroi en un seul plan. Il y a eu un abcès de la paroi au point de drainage. Autrement, suites normales, la malade s'est levée au bout d'un mois.

En examinant la pièce, on voit que l'utérus, un peu gros, présente un petit fibrome pédiculé, implanté sur le fond ; dans la paroi antérieure, autre fibrome gros comme un œuf de pigeon. La trompe droite est saine, l'ovaire droit triple du volume normal. — A gauche, la masse totale est grosse comme une tête d'adulte, la trompe flexible, perméable, est saine ; le pédicule du kyste, large

de 4 à 5 centimètres, présentait une torsion de un demi-tour de spire d'arrière en avant, de haut en bas, un peu de droite à gauche, de telle sorte que la masse ovarique, qui aurait dû être latérale par rapport à la matrice, était rejetée en haut, en arrière et vers la ligne médiane. Cette masse se composait d'un premier kyste, gros comme une tête de fœtus, rempli d'un liquide couleur chocolat, d'un deuxième kyste, gros comme le poing, rempli de caillots sanguins, et enfin d'une portion intermédiaire aux deux kystes, grosse comme une orange, de consistance très dure, uniforme, fibromateuse. L'examen histologique de cette pièce ne m'a pas encore été remis.

J'ai cru bon dans ce cas, vu la rareté des urines et l'intensité des phénomènes péritonéaux, de ne pas opérer immédiatement, de laisser « refroidir » la lésion ; et, cependant, la malade restait exposée à de nouveaux phénomènes de torsion ou de rupture.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 9 juillet 1906.

M. Lejars. — **Note sur les fibromes cervicaux à développement antérieur** (1).

Discussion. — M. Routier. — J'ai eu l'occasion d'opérer des fibromes développés sur la face antérieure du col utérin. Pour éviter de blesser la vessie, j'ai soin d'inciser et de décoller le péritoine très haut, suivant une ligne transversale réunissant les deux ligaments ronds ; quant aux uretères, je ne les ai jamais rencontrés, ni blessés en pareille occurence.

M. Martin (de Rouen). — Je puis confirmer ce qu'a dit M. Pinard au sujet de l'influence de la stérilité sur la production des fibromes. D'après ma statistique, sur 10 femmes opérées par moi de fibromes, il y en a environ 7 qui sont nullipares ou vieilles filles.

Je me permets de demander à M. Lejars pourquoi il a cru nécessaire de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale au lieu de la myomectomie ?

M. Lejars. — Si j'ai pratiqué l'hystérectomie totale, c'est qu'il n'y avait pas seulement un fibrome pédiculé du segment inférieur, mais aussi un fibrome situé sur la face postérieure de l'utérus, et qu'il m'a semblé préférable d'enlever en totalité un utérus aussi malade.

M. Monod. — Je crois, comme mes collègues Lejars et Routier, que, dans ces variétés antérieures de fibromes, il est important d'aborder très haut le péritoine et de le décoller de haut en bas, afin d'éviter tout traumatisme de la vessie. Quant aux uretères, on les évitera si on a la précaution de serrer de près la tumeur et de la suivre en la rasant pour ainsi dire.

M. Lejars. — Dans un cas de fibrome, j'ai vu une fois l'uretère et je ne me suis aperçu de sa présence qu'après l'avoir coupé.

M. Richelot. — Malgré toutes les précautions prises, il arrive, en effet, que dans certaines variétés de fibromes insérés sur la face antérieure du segment inférieur, l'uretère est exposé à être sectionné ; il s'agit de ces cas dans lesquels la tumeur forme une masse volumineuse au-dessus de laquelle le corps utérin est tout petit. Cet accident m'est arrivé dans trois cas.

M. Pinard. — J'appelle l'attention de mes collègues sur un accident que

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, octobre 1906, p. 577.

j'ai observé au cours d'opérations pratiquées pour des fibromes du segment inférieur. J'ai vu dans deux cas deux chirurgiens, cependant fort habiles, ouvrir la vessie en même temps qu'ils ouvraient la paroi abdominale : la vessie était refoulée en avant et remontait très haut.

M. Richelot. — Cependant, dans les fibromes du segment inférieur, l'uretère et la vessie ne s'élèvent généralement pas, mais ce qui expose l'uretère à être blessé, c'est qu'il est souvent dévié par la tumeur, dont il fait presque partie.

M. Lejars. — Dans l'une de mes observations, la vessie remontait très haut sur l'utérus et j'eus soin de l'éviter.

M. Martin (de Rouen). — Quand il s'agit de volumineux fibromes enclavés dans le bassin et pour la libération desquels il y a de gros risques de léser l'uretère, je pense qu'il y a avantage à aborder la tumeur directement sur la ligne médiane. En pareil cas, je fais donc une longue et profonde hémisection antérieure et je procède au morcellement du fibrome jusqu'à ce qu'il ne reste pour ainsi dire plus que la coque. Celle-ci est alors plus facilement attirée hors du ventre et les parties latérales sont suffisamment dégagées pour que l'uretère soit moins intimement accolé à la tumeur et par cela même moins exposé.

C'est ce que j'ai fait avec succès l'an dernier chez une malade que M. Pinard avait vue et où il s'agissait précisément d'un énorme fibrome à développement pelvien.

M. J.-L. Faure. — J'allais dire ce que vient de dire notre collègue Martin. Dans les tumeurs incluses dans le ligament large on ne sait d'avance où est l'uretère : il peut être, soit en arrière, soit en avant de la tumeur. Il faut le chercher si l'on veut éviter de le couper, accident qu'il est d'ailleurs parfois impossible d'éviter et qui peut arriver à tout le monde.

Lorsque l'utérus est petit, comme dans les kystes bilatéraux inclus dans le ligament large, l'hémisection permet de réduire au minimum les dangers qu'il peut y avoir de blesser l'uretère, car elle permet de l'aborder par dedans, toujours du même côté, en sachant par conséquent où il est, c'est-à-dire en dehors. Mais je comprends que dans un fibrome on renonce à l'hémisection. Dans ces conditions, c'est en s'efforçant de rechercher l'uretère qu'on évitera de le blesser. Aussi je ne puis qu'approuver la conduite de M. Martin.

M. Albert Martin (de Rouen). — **Torsion de pédicule d'un hydrosalpinx droit.**

Femme de 34 ans, nullipare, réglée à l'âge de 14 ans, mais irrégulièrement. Constipation habituelle et leucorrhée. Elle n'a jamais été soignée pour métrite.

Il y a neuf ans, elle a souffert du ventre pour la première fois. Brusquement elle a été prise, au milieu de la nuit, d'une violente douleur siégeant dans le bas-ventre et à droite et accompagnée de ballonnement. Pendant un mois, dit-elle, elle a dû garder le lit. On n'a pas fait alors de diagnostic et la malade s'est relevée pour reprendre son existence habituelle de journalière. Depuis lors, elle n'a jamais été malade au point de s'aliter; elle remarquait seulement, et surtout depuis 4 à 5 mois, que son ventre se ballonnait et était sensible à la pression.

Le 15 juin, violentes douleurs abdominales, avec maximum à droite et irradiations dans la jambe de ce côté. Elle vomit son déjeuner.

L'utérus n'était pas augmenté de volume et il n'y avait aucun signe physique ou rationnel qui pût faire penser soit à une grossesse utérine, soit à une grossesse ectopique. Par contre, je percevais très nettement, dans le cul-de-sac latéral droit et une partie du cul-de-sac de Douglas, une tumeur arrondie, fluctuante, nettement séparée de l'utérus et très douloureuse à la pression. Rien d'autre au toucher.

J'affirmai le diagnostic de torsion du pédicule soit d'un petit kyste de l'ovaire, soit plus probablement d'une salpingite droite.

De simples applications de compresses chaudes sur le ventre ayant suffi à calmer la douleur ou bien celle-ci ayant cessé spontanément, je maintins la malade en observation pendant quelques jours, me disposant à intervenir à la moindre alerte.

Le 20 juin, je constate toujours au toucher la même tumeur annexielle; bien que les douleurs aient cessé, je décide d'intervenir, convaincu qu'une opération seule peut prévenir de nouveaux accidents.

Opération le 20 juin. — Laparotomie médiane avec l'assistance du docteur Vallée et de M. Le François. De suite, je perçois, dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur lisse, fluctuante, sans adhérence aucune et fuyant facilement entre mes doigts gantés. Attirée dans la plaie, elle s'y présente sous l'aspect d'une grosse anse intestinale, violacée et distendue à se rompre. Il s'agit de la trompe droite, renflée en massue à son extrémité externe; son extrémité interne, formant pédicule, est tordue deux fois sur elle-même, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. C'est un hydrosalpinx. L'ovaire indemne et non intéressé est en arrière de la tumeur. Les annexes gauches sont saines; l'utérus est en position normale et de volume normal. Il y a seulement quelques cuillerées à café de liquide ascitique dans le ventre. Le pédicule est lié par une double suture entrecroisée au catgut, puis cautérisé au thermocautère.

Le ventre est refermé par une suture à trois plans.

L'opération, au total, n'a pas duré plus de vingt minutes.

Les *suites opératoires* ont été parfaites, sans fièvre et sans réaction péritonéale. La réunion s'est faite par première intention.

En 1894, MM. Hartmann et Reymond, dans un travail publié dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, ne comptaient encore que 14 cas publiés, en y comprenant les leurs. En 1900, M. Hartmann en a rapporté une quinzième observation. Depuis lors ce nombre s'est un peu accru, mais pas de beaucoup.

M. Pinard, pour son compte, a rapporté, soit à cette Société, soit ailleurs, 4 observations de torsion d'hydrosalpinx au cours de la grossesse. Cela fait en tout 19 observations, voire même 20 avec celle d'aujourd'hui.

La question qui me semble la plus intéressante pour l'instant, c'est la possibilité de poser exactement le diagnostic de torsion du pédicule d'une tumeur des annexes, en se basant sur les signes que j'ai rappelés tout à l'heure. En ce qui me concerne, c'est l'analogie de la douleur avec celle de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire qui m'a fait poser nettement le diagnostic. Or j'ai eu l'occasion d'opérer, depuis quatre ans, 6 kystes de l'ovaire ayant présenté cette particularité. Le souvenir de ce que j'ai alors constaté m'a évidemment beaucoup servi pour le cas présent, de même, je dois l'avouer, que le souvenir des publications antérieures fort intéressantes de MM. Hartmann, Reymond et Pinard.

La tumeur avait exactement 110 millimètres de longueur et 90 millimètres de largeur. A mon avis, la torsion n'avait pas amené l'imperméabilité complète des vaisseaux et la tumeur pouvait encore se nourrir. Je n'ai pas fait l'examen microscopique, ni bactériologique de la tumeur. Mais je pense qu'il s'agit d'un

hydrosalpinx banal préexistant à la torsion, et dont le volume s'est trouvé accru par cet accident.

Discussion. — M. LEJARS. — Je ne pense pas que les cas de torsion du pédicule d'hydrosalpinx soient aussi rares que semble le croire notre collègue M. Martin. J'en ai opéré, pour ma part, 5 ou 6 cas, dont quelques-uns ont été publiés par mon élève Cathelin. Plusieurs de ces torsions n'ont été reconnues qu'au cours d'une laparotomie faite pour ablation des annexes. Ces torsions s'observent plus souvent dans les cas d'hydrosalpinx qui sont libres, que dans les cas d'annexites plus ou moins suppurées qui sont fixes. En général, la torsion des hydrosalpinx ne s'accompagne pas de réaction aiguë; cependant, dans quelques observations, on note une réaction péritonéale très vive, qui a pu faire croire à une appendicite ou à une autre affection péritonéale sérieuse. Dans certains cas où la torsion se fait progressivement et d'une manière peu serrée, les phénomènes douloureux peuvent manquer absolument.

M. MAUCLAIRE. — J'ai eu l'occasion d'opérer un cas d'hydrosalpinx à pédicule tordu. Ce fut une surprise opératoire, car j'avais diagnostiqué une simple salpingo-ovarite. La torsion avait évolué d'une façon très insidieuse et latente.

Peu de temps après, au cours d'une laparotomie, étant en présence d'un hydrosalpinx assez mobile, je fis une torsion de deux tours assez serrés sur le pédicule avant l'extirpation. Mais cette torsion expérimentale, maintenue pendant quelques minutes seulement il est vrai, ne détermina pas sous mes yeux d'hémorragie dans la poche kystique dont les parois étaient transparentes. Je pense que dans certains cas, outre le phénomène mécanique de la torsion, il faut invoquer peut-être, soit une altération préliminaire des vaisseaux, soit une légère infection locale, pour expliquer les accidents graves observés.

M. ROUTIER. — La torsion des hydrosalpinx peut se produire facilement, puisque ce sont des tumeurs généralement mobiles, sauf lorsqu'elles sont incluses dans le ligament large.

M. A. SIREDEY. — J'ai fait opérer une femme d'une tumeur kystique que je pensais être un kyste de l'ovaire. La malade ne souffrait pas, ne présentait aucune réaction du côté du péritoine, aucun écoulement de sang. Il s'agissait d'un hydrosalpinx kystique, à paroi très mince, qui s'accompagnait d'une double torsion de la trompe. Rien dans l'histoire de cette femme ne pouvait faire soupçonner cette complication.

M. CH. MONOD. — J'ai eu l'occasion de recueillir une pièce d'hydrosalpinx, qui a le double intérêt d'être un cas type de ce genre de lésion, puis d'être un exemple d'hydrosalpinx double, inclus de l'un et l'autre côté dans le ligament large.

L'énucléation d'un côté, le gauche, après incision du péritoine, ne put être obtenue sans rupture de la poche — incident sans importance, car il ne s'agissait pas d'un liquide infecté — la malade a, en effet, guéri rapidement sans drainage. A droite la tumeur était beaucoup moins volumineuse et tout entière cachée par le péritoine, qui passait au-dessus d'elle sans qu'elle formât aucune

saillie. La séreuse fut incisée de ce côté aussi, et, le plan du clivage trouvé, la masse put être enlevée d'un bloc sans rupture.

Le diagnostic anatomique ne fait pas ici de doute, il a été confirmé par l'examen microscopique.

Je n'attire l'attention que sur l'inclusion de ces deux tumeurs d'origine manifestement salpingienne, circonstance qui ne complique pas autrement l'opération si l'on a soin d'inciser le péritoine et de chercher le plan de clivage.

Notre collègue Routier nous rappelait tout à l'heure que les hydrosalpinx sont ordinairement mobiles, d'où la possibilité de cette torsion. Le fait que je rapporte montre que cette mobilité n'est pas constante et que, comme les kystes de l'ovaire, les kystes de la trompe peuvent être inclus dans le ligament large.

Je serai heureux de savoir de nos collègues laquelle de ces deux dispositions est, d'après leur expérience, la plus commune.

M. J.-L. Faure. — Je crois que, la plupart du temps, les salpingites dites incluses dans le ligament large sont en réalité en arrière du ligament large, dans le Douglas. Les adhérences empêchent de les décoller, et on les attaque par devant en sectionnant les deux feuillets du ligament large. Il doit être rare de voir la trompe dédoubler le ligament large.

M. Richelot. — Je puis affirmer à notre collègue Faure qu'il existe des cas d'hydrosalpinx qui se développent en dédoublant les feuillets du ligament large. Il existe donc, comme pour les salpingites, deux espèces d'hydrosalpinx : l'une qui se développe plus ou moins librement dans la cavité abdominale et peut se fixer dans le cul-de-sac de Douglas, comme l'indique Faure ; l'autre qui pénètre dans le ligament large. Dans ce dernier cas, on ne peut pratiquer l'ablation de la tumeur qu'après avoir incisé l'un des deux feuillets péritonéaux ; il est alors souvent utile de recourir à l'hémisection de l'utérus, qui facilite l'ablation de la tumeur.

M. Routier. — **Accidents fébriles pendant les suites de couches, dus à une autre cause que l'infection puerpérale.**

La communication faite à la dernière séance, par notre collègue Oui, d'un cas d'accidents fébriles causés chez une accouchée par une appendicite, m'engage à vous rapporter brièvement deux observations de femmes que j'ai observées récemment, et chez lesquelles les accidents fébriles survenant pendant le post-partum étaient dus à une autre cause que l'infection puerpérale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui, trois jours après l'accouchement, eut une température de 40°. Le diagnostic d'appendicite gangréneuse fut porté par le professeur Dieulafoy et par moi ; ce diagnostic fut vérifié au cours de l'opération qui fut pratiquée immédiatement : la malade guérit.

Chez une autre femme ayant des pertes de sang consécutives à un avorte-



ment, on allait pratiquer le curettage parce que la température était de 40° ; mais, comme cette femme éprouvait en même temps une violente douleur au niveau de la fosse iliaque droite, je posai le diagnostic d'appendicite dont le début remontait à quinze jours. J'opérai de suite cette femme : je trouvai l'appendice très malade ; la guérison suivit l'opération.

J. AUDEBERT. — **Le syndrome de Basedow considéré comme manifestation de l'auto-intoxication gravidique** (1).

AUDEBERT et GILLES. — **Phlébite variqueuse et embolie pendant la grossesse.**

Femme de 28 ans, tertipare, réglée à 13 ans.

Deux grossesses antérieures ont évolué normalement et se sont terminées spontanément. Les deux enfants sont vivants.

Au début de ces deux grossesses, la circulation veineuse des membres inférieurs a commencé à être gênée, douleurs vagues, veines superficielles gonflées et un peu douloureuses au toucher.

Pendant l'état de non-gravidité, il n'existe aucun phénomène pathologique du côté de la circulation veineuse des membres inférieurs. La femme travaille et fait son ménage sans souffrir de ses jambes.

3e grossesse : Dernières règles du 9 avril 1904.

Les varices apparaissent de nouveau : mais cette fois, la malade ne peut se reposer ; sa position l'oblige à demeurer debout dix heures par jour.

A partir du troisième mois, les symptômes douloureux augmentèrent rapidement. Les varices devinrent beaucoup plus volumineuses ; l'œdème apparut.

Les cordons douloureux occupent le creux poplité, le tiers supérieur de la jambe et le tiers inférieur de la cuisse gauche. Ce sont des branches émanant de la saphène externe et de la veine poplitée qui sont le plus douloureuses. La veine fémorale est indolore au moment de cet examen.

Le 24 octobre, M. Audebert constate que le segment supérieur de la saphène externe gauche, le segment supérieur de la veine poplitée sont atteints de phlébite. Il ordonne le traitement suivant : repos au lit, enveloppement ouaté, pansements humides. Le membre malade repose sur un coussin, légèrement incliné.

Le 31. — Sur un ordre mal interprété on laisse la femme se lever. Elle ressent une douleur épigastrique subite et violente, de l'angoisse précordiale, des sueurs froides, son visage devient pâle et elle perd presque subitement connaissance. Transportée immédiatement sur son lit, elle revient assez rapidement à elle. On n'observe aucun symptôme de paralysie, aucune zone d'insensibilité ; le pouls, qui était filiforme et incomptable reprend rapidement son ampleur.

1er *novembre*. — A la base du poumon droit, on trouve une zone assez étendue de submatité, marquée surtout en arrière.

La zone de matité pulmonaire perçue à droite est absolument stationnaire. Pas de râles ; il semble que l'on entende un frottement pleural à l'inspiration. Température et pouls normaux.

La femme se lève pour la première fois le 7 décembre.

Le 10 *janvier* 1905, à 11 heures du soir, crise de colique néphrétique.

Le 15 *janvier*, accouchement spontané. Suites de couches physiologiques.

L'enfant à la sortie pèse 4 kgr. 080 (le 21e jour).

Tous les auteurs considèrent ces accidents emboliques comme exceptionnels. C'est l'avis de Hervieux, qui déclare n'en avoir jamais vu à la Mater-

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, septembre 1906, p. 547.



nité au cours de longues années. C'est également l'avis de Cazin, de Queirel, de Tarnier et Budin. Ces derniers, dans l'article « Varices » de leur *Traité d'accouchements* (1888), rappellent le cas publié par Seuvre dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* (1873). C'est le seul qu'ils connaissent.

Ce cas qui concerne une embolie mortelle survenue au deuxième mois de la grossesse est le fait unique de ce genre qui se trouve signalé dans la thèse très documentée de Chabenat : *De la mort subite par embolie pulmonaire dans les varices enflammées* (Paris, 1874).

A ce cas, le premier en date, nous en ajouterons 4 autres : ceux de Verneuil, de Desprès, de Charcot et de Charpentier. Ces deux derniers se rapportent à des embolies qui se seraient produites, dans l'un pendant les suites de couches, dans le dernier pendant l'accouchement. La malade de Desprès guérit, comme la nôtre, après une syncope presque complète. Enfin, des recherches effectuées ne nous ont pas permis de trouver d'indications nouvelles sur ce sujet, dans ces dernières années.

M. Oui (de Lille). — **Morcellement et énucléation par la voie vaginale de volumineux fibromes interstitiels du corps et du col de l'utérus.**

Femme de 42 ans, premières règles à 16 ans. Trois grossesses : à 22, 24 et 28 ans. Il y a trois ans, elle a commencé à perdre du sang ; depuis six mois, ses pertes sont devenues presque permanentes, souvent fétides. Ces pertes se sont accompagnées de douleurs abdominales qui, depuis trois mois, sont devenues extrêmement pénibles.

Elle est notablement anémiée, mais en assez bon état général : elle déclare n'avoir pas maigri et avoir conservé ses forces. Les fonctions digestives sont restées normales.

Le ventre est gros et le palper y fait constater la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, dure et remontant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Lorsqu'on pratique le toucher, le doigt tombe sur une tumeur sphérique, résistante, qui emplit tout le vagin. Il est impossible d'arriver jusqu'au fond des culs-de-sac vaginaux ni de sentir nettement, en aucun point, les lèvres du col utérin. Tout au plus arrive-t-on à constater, tout à fait en arrière, et très haut, une petite dépression, qui nous semble devoir être considérée comme l'orifice du col. Tous les mouvements imprimés à la tumeur vaginale se transmettent à la tumeur abdominale, et le palper bimanuel permet d'affirmer que ces tumeurs ne forment qu'une seule masse.

Deux écarteurs vaginaux découvrent la tumeur vaginale, qui descend presque jusqu'à la vulve. Sa surface est rouge, suintante, et présente de place en place de petites ulcérations.

Ces constatations ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une masse fibromateuse à évolution à la fois utérine et vaginale. Le seul point sur lequel nous pouvions hésiter était celui de savoir si la tumeur vaginale était un polype véritable ayant traversé le canal cervical pour venir s'épanouir dans le vagin, ou s'il s'agissait d'une masse fibromateuse ayant envahi et dissocié le tissu même du col.

La seconde hypothèse nous parut la plus plausible, tant à cause des connexions intimes des tumeurs vaginale et abdominale que de l'impossibilité de déterminer par le toucher le bourrelet qu'aurait dû former le col dilaté autour de la tumeur vaginale, s'il s'était agi d'un véritable polype.

Restait à résoudre la question de l'intervention : Bouilly, dans un cas à peu

près analogue, avait fait une véritable opération césarienne, grâce à laquelle il put extraire la portion endo-utérine du fibrome, complétant, ensuite, son opération par la voie vaginale en pratiquant le morcellement du polype. Ce mode opératoire était peu tentant et me paraissait même dangereux, étant donné l'impossibilité d'assurer l'asepsie de la cavité utérine par un curettage préalable.

Je décidai donc de commencer par morceler la tumeur vaginale jusqu'à ce que je fusse arrivé jusqu'au col et de me décider alors, suivant les circonstances, soit pour l'énucléation de la tumeur utérine, soit pour l'hystérectomie vaginale.

Opération pratiquée avec l'aide de M. le docteur Juste Colle.

Un écarteur vaginal est placé en arrière, un autre en avant, et la tumeur est fixée et abaissée à l'aide d'un tire-bouchon de Segond.

Elle est ensuite évidée, puis morcelée, à l'aide des ciseaux, en une quinzaine de morceaux. On peut, dans la masse que forme la tumeur, énucléer plusieurs petits fibromes arrondis, du volume d'une noix.

Lorsque ce morcellement est à peu près terminé, on découvre en avant, sous forme d'un très léger relief, la lèvre antérieure du col, qui fait partie intégrante de la coque du fibrome. Une section faite le long de ce très mince bourrelet permet de se débarrasser complètement de la tumeur vaginale.

On constate alors l'existence, au point où l'examen avait permis de sentir une dépression, l'orifice du col, bordé en arrière par une portion du col d'apparence normale, englobé, en avant et sur les côtés, par une masse fibreuse qui fait saillie entre la muqueuse cervicale et la muqueuse de la surface externe du col. Nous nous trouvons donc bien en face d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus qui a infiltré et dédoublé la lèvre antérieure du col. Deux larges pinces de Museux saisissent alors la tumeur, et le doigt, ayant facilement trouvé un plan de clivage, la sépare des parois de la coque qui la contient. Le travail du doigt est aidé par les tractions exercées sur le fibrome par les pinces de Museux portées de plus en plus haut. En quelques minutes l'énucléation est achevée et cette portion intra-utérine du fibrome est extraite d'un coup, sans morcellement.

La main droite est alors introduite tout entière dans le vagin et deux doigts pénètrent dans l'utérus, dont ils explorent les parois de concert avec la main gauche, qui abaisse et fixe l'organe par des pressions exercées au niveau de la paroi abdominale. Il n'existe, en aucun point, de saillie anormale.

Excision de quelques lambeaux capsulaires. Lavage antiseptique de la cavité et tamponnement serré avec trois fortes mèches de gaze iodoformée. Tamponnement lâche du vagin.

L'opération a duré cinquante-cinq minutes. Le temps de beaucoup le plus long a été le morcellement de la portion vaginale de la tumeur, l'utérus n'ayant pu être que très peu et difficilement abaissé. Poids des fragments recueillis : 1 kilogramme.

Suites opératoires. — Les suites ont été absolument apyrétiques.

5 *mai.* — Le tamponnement iodoformé est retiré et remplacé par une seule mèche intra-utérine et un tamponnement vaginal très peu serré.

8. — La gaze iodoformée est définitivement retirée. Le col, reformé et présentant une large ouverture transversale, laisse suinter un peu de liquide séro-sanguinolent. Deux injections vaginales par jour.

17. — Cette femme quitte l'hôpital. Elle ne perd plus. L'hystérométrie pratiquée le jour de sa sortie donne 8 centimètres de profondeur de l'utérus.

J'ai eu, récemment, des nouvelles de cette femme. Elle ne souffre plus et n'a eu, depuis son opération, ni leucorrhée, ni pertes sanguines anormales. Les premières règles consécutives à l'opération se sont produites le 6 juin et n'ont rien présenté de particulier.



Discussion. — M. PINARD. — L'observation de notre collègue Oui est aussi intéressante au point de vue symptomatique qu'au point de vue opératoire. Si la tumeur qu'il a enlevée s'était sphacélée, on aurait pu se demander, à cause de la mauvaise odeur, si on n'avait pas affaire à un cancer. J'ai vu récemment un cas semblable où le diagnostic de cancer du col fut porté; après avoir examiné la femme, j'écartai ce diagnostic, et l'opération confirma qu'il s'agissait d'un polype sphacélé, venant faire saillie dans le vagin.

Séance du 15 *octobre* 1906.

MM. H. MÉRY et L. GUILLEMOT. — **L'alimentation des nourrissons par le lait de vache cru. Ses avantages et ses inconvénients.**

Le lait cru est un lait vivant conservant toute une série de ferments solubles, jouant un rôle dans la digestion et l'assimilation de ce lait chez les nourrissons, ferments agissant, les uns sur les matières hydrocarbonées et les graisses, d'autres sur les lactoses, certains même sur les matières protéiques, ceux-là peut-être un peu plus douteux. Il contient aussi le phosphore sous forme de composés organiques, tels que les nucléines et les lécithines. La stérilisation modifie ou détruit ces composés organiques du phosphore à assimilation très facile. Elle détruit aussi complètement les enzymes.

Mais il y a des inconvénients. C'est la difficulté d'obtenir un lait cru aseptique. Tout d'abord, nous ne croyons pas qu'il soit possible pratiquement d'obtenir un lait absolument aseptique au sens propre du mot. Or les fautes, surtout dans la saison chaude, peuvent avoir des conséquences des plus fâcheuses. L'asepsie doit porter sur l'animal, sur le local et les objets, sur le personnel. La difficulté de réaliser la perfection à cet égard sera toujours un obstacle à l'emploi du lait cru sur une large échelle. Il faut veiller également à ce que le lait employé soit, au point de vue de sa composition, facilement assimilable par le nourrisson qui l'absorbera. L'alimentation des bêtes qui le fourniront devra être surveillée d'une façon toute particulière, afin qu'aucun produit toxique, devenu élément malsain, ne se rencontre dans le lait.

Les dangers de l'emploi du lait cru, surtout pendant la saison chaude, sont suffisants pour qu'aucun médecin ne veuille ériger en principe, en méthode générale, l'emploi du lait cru.

Mais, à côté de cela, nous avons trouvé, dans certains cas particuliers, de tels avantages à l'emploi du lait cru chez certains enfants atteints d'insuffisance digestive primitive ou consécutive à des troubles aigus ou chroniques de gastro-entérite que, malgré la difficulté et les précautions dont on doit entourer son emploi, nous considérons le lait cru comme un adjuvant précieux dans la diététique infantile.

Loin de nous toute idée d'en faire l'aliment normal du nourrisson, ce serait s'engager dans une voie funeste. Mais c'est un aliment d'exception merveil-

leux, c'est un aliment-médicament au premier chef, qui, employé à bon escient, avec un contrôle rigoureux de la part du producteur et du médecin qui l'ordonnera, peut fournir les plus brillants succès dans la thérapeutique alimentaire du nourrisson.

Discussion. — M. Wallich. — Est-il nécessaire de recourir à l'emploi du lait cru, même comme aliment d'exception, quand, par exemple, l'allaitement au sein se fait d'une façon défectueuse et qu'il faut recourir à un allaitement mixte? On sait combien il faut peu de lait vivant pour compenser les effets du lait mort.

Aussi, étant donnés les dangers du lait cru, il me paraît préférable, quand on juge un allaitement défectueux par la qualité du lait, de tenter d'abord l'emploi de lait préparé au Soxhlet, ou même de lait simplement bouilli. Ces laits, on le sait, sont moins modifiés par l'action de la température que le lait stérilisé à l'autoclave.

M. Méry. — Je suis d'accord avec M. Wallich pour reconnaître que, lorsque le lait de vache n'est donné que comme complément du lait de femme, il n'est pas nécessaire de recourir au lait cru.

Je ne préconise le lait cru que comme aliment d'exception, et surtout pendant l'hiver, où les précautions prises au moment de la traite sont suffisantes pour éviter des dangers.

J'en ai obtenu de bons résultats dans les cas où les enfants avaient mal toléré, non seulement le lait stérilisé du commerce, mais les laits simplement bouillis ou stérilisés avec le Soxhlet.

M. Lepage. — Le lait cru, le lait vivant, est parfois mieux toléré que lorsqu'il a été soumis à l'action de la chaleur, même modérée.

Un enfant né au mois d'août dernier fut soumis à l'allaitement artificiel avec du lait stérilisé du commerce. Il y eut quelques fautes commises dans l'administration du lait, et il se produisit bientôt des phénomènes de gastro-entérite assez sérieux. Les accidents cessèrent assez rapidement lorsque l'enfant fut soumis à la diète hydrique et au bouillon de légumes; mais, dès que le lait stérilisé était repris, les garde-robes devenaient à nouveau mauvaises. Sur le conseil de Méry, on administra du lait de Backhaus, qui produisit une amélioration assez marquée, puis on eut recours, vers le milieu de septembre, au lait cru : les garde-robes devinrent immédiatement meilleures, en même temps que l'augmentation de poids était plus régulière.

La mère, femme intelligente, très au courant de ces questions d'allaitement et qui ne voulait pas donner à son enfant une nourrice mercenaire, prit cependant peur et craignit d'avoir des accidents résultant de l'administration du lait cru. Elle fit bouillir ce lait cru et les selles devinrent moins belles; l'administration du lait cru non bouilli amena à nouveau une amélioration dans l'état des fonctions digestives.

M. Potocki. — Il ressort de la communication de notre collègue Méry que, pendant sept ou huit mois de l'année, on peut donner avec avantage aux bébés du lait de vache cru tiédi seulement à 36° ou 37°; mais il importe de préciser qu'il ne faut pas donner n'importe quel lait cru et être sûr des conditions

d'alimentation des vaches, et surtout des conditions dans lesquelles le lait est recueilli.

M. Méry. — L'observation de M. Potocki est parfaitement juste, et il va de soi qu'on ne peut donner de lait cru qu'à la condition que les vaches aient été soumises d'une manière très sérieuse à l'épreuve de la tuberculine.

M. G. Lepage. — **Opération césarienne conservatrice chez une femme à terme. — Hémorragie par désunion totale de la paroi utérine. — Opération de Porro pratiquée vingt-quatre heures après l'opération césarienne. — Guérison.**

Obs. — Primipare de 23 ans. Mal de Pott à 2 ans, immobilisation pendant 3 ans. Abcès ayant fusé vers la région inguinale droite. Guérison à l'âge de 14 ans avec cyphose pure lombaire. Rétrécissement marqué du détroit inférieur. Pas d'accommodation pelvienne. Opération césarienne conservatrice pratiquée dès le début du travail, le 11 septembre.

Les trois quarts de l'incision de la paroi abdominale sont situés au-dessus de l'ombilic, qui est très rapproché du pubis. De même l'antéversion très marquée de l'utérus ne peut être corrigée qu'incomplètement : la section intéresse la partie haute de la paroi antérieure de l'organe, traverse le fond et entame la paroi postérieure ; cette section est faite sur l'utérus laissé en place. Extraction d'un enfant pesant 3.075 grammes avec un diamètre bi-pariétal de 91 millimètres ; né en état d'apnée, cet enfant crie au bout de quelques instants.

Pendant que l'hémostase est provisoirement assurée par la striction manuelle des pédicules vasculaires, extraction du placenta et des membranes pesant 480 grammes. Une mèche stérilisée est placée dans la cavité utérine et son extrémité menée dans le vagin à l'aide d'une pince.

Suture de la plaie utérine : sept fils profonds prenant toute l'épaisseur de la paroi, muqueuse exceptée. Points séparés superficiels pour compléter l'affrontement. Matériel de suture : catgut n° 1, stérilisé dans la benzine. Drain dans le péritoine en avant de l'utérus.

Fermeture de la paroi par un surjet péritonéal au catgut et par des crins de Florence.

Au cours de l'intervention, une piqûre d'ergotine a été faite au moment de serrer les fils profonds de la suture utérine.

L'hémorragie a été assez abondante pendant l'ouverture de l'utérus, le placenta étant inséré sur la paroi antérieure et le fond de l'utérus.

Durée de l'intervention : 35 minutes.

Pendant la nuit qui suit l'opération, vomissements, douleurs continues dans le ventre, insomnie ; une piqûre de morphine n'amène que quelques instants de repos.

Le lendemain matin, à la visite, pouls 120, pâleur, dyspnée, abattement marqué ; le pansement étant défait, on trouve les compresses largement imbibées de sang et la pression du ventre fait sourdre une certaine quantité de sang par le drain. Cet écoulement s'étant tari après quelques pressions sur l'abdomen, un nouveau pansement compressif est appliqué. M. Lepage envisage la possibilité d'ouvrir à nouveau la cavité abdominale pour remédier à ce suintement sanguin anormal.

A 3 heures, le pouls s'accélère à 140 ; les accidents observés dans la matinée vont en augmentant ; les téguments sont décolorés, les pupilles largement dilatées : la malade cause avec difficulté. Les pièces du pansement sont traversées par le sang.

A 4 heures, M. Lepage pratique à nouveau la laparotomie. Après section des points de suture et du surjet péritonéal, la paroi antérieure de l'utérus apparaît ; la plaie opératoire est béante : ses bords sont éversés ; des débris de catgut sont encore adhérents au tissu utérin à l'endroit de quelques points de suture. Sang liquide et caillots dans le péritoine. Les lèvres de la plaie ne sont plus l'origine d'aucun écoulement actuel.

Amputation de l'utérus et des ovaires suivant la technique de Porro. Assèchement du péritoine avec des compresses. Au moment de refermer le ventre, du sang liquide en nappe monte de la profondeur du Douglas. La source de l'hémorragie est au pédicule utéro-ovarien, la partie du ligament large gauche ayant glissé au-dessous du lien élastique. Ligature isolée des vaisseaux utéro-ovariens de ce côté.

Placement d'un drain n° 40 en arrière du moignon. Suture de la paroi en deux plans; surjet au catgut sur le péritoine et crins pour la peau et les muscles.

Après l'intervention, 750 grammes de sérum.

Sur l'utérus enlevé, on peut constater l'éversion considérable des deux lèvres de la plaie : l'épaisseur de chaque tranche utérine au niveau de la plaie est de 22 millimètres à gauche et de 27 millimètres à droite. L'incision intéresse la paroi antérieure de l'utérus sur une hauteur de 85 millimètres, contourne le fond et empiète de 2 centimètres sur la paroi postérieure. Le poids de l'utérus enlevé est de 710 grammes ; la largeur maxima au niveau de l'insertion des trompes est de 102 millimètres et l'épaisseur maxima, à mi-hauteur de la face antérieure du sacrum, est de 72 millimètres.

La femme reste en état de shock pendant 36 heures, dyspnéique, très pâle, avec un pouls faible et oscillant entre 120 et 140. Injections sous-cutanées de sérum par doses fractionnées de 300 grammes : 1.200 grammes en 48 heures.

Le troisième jour, amélioration marquée, pouls bien frappé, régulier ; notable diminution des accidents généraux ; la femme peut prendre un peu de lait. Ablation du drain.

Les jours suivants, pas d'accidents marquants, en dehors de quelques élévations de température au-dessus de 38°. Momification du moignon. Chute du pédicule le onzième jour après l'intervention.

Premier lever le 11 octobre.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 3.075 grammes à sa naissance; le dixième jour, il pesait 2.830 grammes ; élevé d'abord avec le concours d'une nourrice, il est ensuite élevé par la mère et pèse 3.160 grammes le 7 octobre.

Il y a lieu de se demander pourquoi la plaie utérine s'est ainsi désunie sur toute sa hauteur dans les quelques heures qui ont suivi l'intervention, donnant naissance à une hémorragie qui menaçait les jours de la femme.

Une première hypothèse semble pouvoir être rejetée, c'est celle d'après laquelle la plaie utérine aurait cédé sous l'influence d'une distension anormale produite par l'accumulation de caillots dans la cavité utérine. Or, au moment de l'ouverture de la cavité abdominale, il n'y avait pas de caillots en quantité suffisante pour admettre ce mécanisme.

La suture a été faite suivant le manuel opératoire classique, le point de pénétration des sutures profondes étant à environ 1 centimètre des bords de la plaie utérine, les sutures superficielles n'étant guère qu'à un demi-centimètre ; les sutures profondes intéressaient toute la tranche utérine, sauf la muqueuse.

Les nœuds de suture ont été faits suivant la manière habituelle, c'est-à-dire en entrecroisant deux fois le catgut, en serrant, puis en faisant ensuite un double nœud. Les fils de catgut étaient coupés assez longs pour qu'ils ne pussent glisser.

Le muscle utérin était particulièrement épais ; il ne nous semble pas que les contractions, qui ont pu être renforcées par les injections d'ergot de seigle, aient pu être suffisantes pour que le muscle se soit coupé, déchiré, sur les sutures ; du reste, en deux points, les fils de suture étaient restés d'un côté engagés dans l'épaisseur du muscle utérin. Cependant il est probable que les contractions répétées et énergiques d'un muscle utérin épais ont dû contribuer à faire glisser le catgut au niveau des nœuds de suture.

De plus, la grosseur et la qualité du catgut doivent être mises en cause. Le catgut dont je me suis servi n'est pas celui auquel on a recours habituellement à Baudelocque ni celui que j'emploie couramment ; de plus, le catgut employé

pour les sutures profondes n'était pas assez gros, et il semble bien qu'il n'a pas été suffisamment résistant.

Il est probable que les deux causes principales de la désunion ont été l'épaisseur anormale de la paroi utérine et l'état du catgut employé ; sans doute on peut se demander si j'ai serré suffisamment les nœuds du catgut ; or j'ai procédé comme je le fais habituellement, sans avoir jamais observé pareil accident.

Je crois que la qualité du catgut peut être d'autant plus facilement incriminée que, quelques jours auparavant, il s'est produit chez une autre femme, opérée par M. Sauvage, une désunion de la plaie abdominale le quatrième jour après l'intervention. Cette plaie fut suturée à nouveau : la femme guérit. Dans ce dernier cas on peut discuter sur les causes qui ont amené la désunion de la paroi abdominale : elle fut tout d'abord mise sur le compte de l'indocilité de la malade qui cherchait à enlever son pansement. Cependant lorsque je la vis, je fus frappé de son état général qui n'était pas satisfaisant, et j'émis l'idée que son agitation pouvait tenir à une complication locale. Une heure après, on trouvait épiploon et intestin en contact avec la peau. Le catgut employé pour le surjet péritonéal était le même que celui qui a servi quelques jours plus tard pour l'opération césarienne que je pratiquai : on peut se demander si, dans cette seconde observation, il ne faut pas incriminer comme dans la première la qualité du catgut employé. Il m'a paru en tout cas important de rapprocher l'un de l'autre ces deux accidents post-opératoires.

Trois points méritent en outre d'être relevés à propos de la première observation. Le drainage auquel je n'ai jamais eu recours dans les opérations césariennes que j'ai pratiquées antérieurement, et que je n'ai employé que parce qu'il est usité à la Clinique Baudelocque, nous a rendu ici le grand service de montrer, sans discussion possible, qu'il y avait hémorragie intra-abdominale et, par conséquent, à peu près sûrement, hémorragie venant de l'utérus. Sans drainage, on eût pu mettre sur le compte du shock l'état général mauvais de la femme, tergiverser et perdre un temps précieux avant d'intervenir à nouveau.

Quelle conduite fallait-il tenir après réouverture de la cavité abdominale et constatation de cette désunion complète de la paroi utérine ?

Deux procédés seuls pouvaient être mis en parallèle : la suture faite à nouveau de la paroi utérine, et l'ablation de l'utérus.

L'état général de la femme était suffisamment inquiétant pour qu'il ne nous ait pas semblé prudent de prolonger l'intervention par un avivement de la plaie utérine et par une suture qui aurait pu ne pas se réunir par première intention. Il nous a paru préférable, dans l'intérêt de la femme, afin de diminuer le plus possible le traumatisme, d'employer l'opération de Porro, qui a été simple sauf l'incident d'un glissement d'une partie du ligament large gauche au-dessous du lien de caoutchouc appliqué sur le pédicule. Sans doute, en voyant avec quel bonheur cette femme allaite son enfant, le regret nous est venu plusieurs fois d'avoir été obligé d'enlever l'utérus, au lieu de le suturer, et de pri-

ver ainsi cette femme des joies de maternités futures ; mais il fallait avant tout empêcher cette femme de succomber par hémorragie.

Une dernière conclusion peut être tirée de cette observation : c'est qu'en suturant la paroi utérine au cours d'une opération césarienne conservatrice, il faut veiller non seulement à serrer fortement les nœuds de suture, mais aussi, si l'on a recours au catgut, à n'employer que du catgut suffisamment gros et résistant.

Discussion. — M. FAURE. — Il semble que M. Lepage n'ait fait que deux nœuds pour chaque suture au catgut, alors qu'il est nécessaire d'en faire trois. De plus, je crois qu'il n'est pas utile et qu'il est même mauvais de faire croiser deux fois le catgut avant de faire le premier nœud.

M. LEPAGE. — En réalité je fais, comme Faure, trois nœuds, puisque je ne compte pas comme un nœud le premier serrage résultant de l'entrecroisement des fils. Quant à la question du double croisement, je suis tout disposé à l'abandonner s'il en résulte réellement moins de solidité pour les nœuds qui suivent.

M. OUI (de Lille). — **Cure d'une éventration consécutive à une opération césarienne. Accouchement ultérieur à terme.**

M. X... est, actuellement, âgée de 30 ans. De son enfance elle se rappelle fort peu de choses et ne peut rien nous apprendre sur son passé pathologique.

Elle a eu ses premières règles à 18 ans et demi.

J'ai vu cette femme pour la première fois au mois d'octobre 1904.

Elle entrait à l'hôpital Saint-Sauveur pour une énorme éventration, consécutive, disait-elle, à une opération césarienne. Interrogée, alors, sur ses antécédents obstétricaux, elle donnait les renseignements suivants :

1re grossesse à 21 ans. Accouchement spontané, à terme, d'une fille vivante, qui succomba à une entérite, à l'âge de 14 jours.

2e grossesse à 22 ans et demi. Accouchement spontané, à terme, d'un garçon, qui succomba à 13 mois à une broncho-pneumonie.

3e grossesse à 24 ans. Accouchement spontané, à terme, d'une fille encore vivante.

4e grossesse. Je suis, pour cette grossesse, un peu mieux renseigné, grâce à une observation toutefois fort incomplète qui m'a été communiquée.

Dernières règles, 23 juillet 1902 ; opération césarienne conservatrice le 4 mai 1903. Fille vivante du poids de 2.750 grammes, morte le 17e jour après sa naissance. L'observation ne fournit aucun autre renseignement.

5e grossesse en 1904. Accouchement prématuré provoqué à 7 mois et demi. Fille morte une demi-heure après la naissance.

Telle est la première partie de l'histoire obstétricale de cette femme. Elle demandait à être guérie de son éventration, qui s'étendait sur toute la hauteur de l'incision faite au moment de l'opération césarienne et que la grossesse suivante n'avait fait qu'accentuer.

Je pratiquai l'opération avec l'aide de mon collègue et ami Le Fort : incision, résection de l'épiploon adhérent, omphalectomie, puis suture par doublement, à l'aide d'une série de points en U, suivant la technique d'Hartmann ; résection elliptique et suture de la peau. Les suites opératoires furent troublées par la formation d'un petit hématome sous-cutané qui suppura ; mais la réunion des plans profonds n'en souffrit nullement. Cette femme ne devait pas tarder, d'ailleurs, à prouver la solidité de sa paroi abdominale.

Elle devenait grosse de nouveau en février 1905 (D. R. du 5 au 10 février), c'est-à-dire quatre mois après l'opération. Elle vint me trouver, vers le mois de mai, pour me demander à quelle époque je jugeais utile de provoquer l'accouchement. J'examinai alors

son bassin et je constatai facilement un rétrécissement très notable. Le P. S. P. mesurait 9 cm. 4. Malgré l'insistance de cette femme qui redoutait fort l'éventualité d'une nouvelle césarienne, je refusai formellement d'interrompre la grossesse et la décidai à en attendre le terme normal, me réservant d'intervenir alors suivant les circonstances. Il n'y eut, d'ailleurs, pas lieu à intervention, car, le 24 novembre 1905, cette femme accouchait spontanément d'un garçon pesant 3.680 grammes. Allaité d'abord par sa mère, cet enfant pesait, le 6 décembre, 3.810 grammes. Malheureusement, cette femme, ouvrière d'usine, dut renoncer à l'allaitement exclusif au sein; l'enfant fut mis à l'allaitement mixte et il mourut d'entérite, le 26 juillet 1906.

La grossesse n'a eu aucune influence fâcheuse sur la paroi abdominale de cette femme. La cicatrice n'a cédé en aucun point.

Il me paraît inutile de commenter longuement cette observation. Je ne sais, en effet, pour quelle raison on a pratiqué chez cette femme l'opération césarienne et si l'accoucheur n'a pas eu à lutter alors contre un élément de dystocie autre que le rétrécissement pelvien. Aussi, en vous apportant cette histoire, ai-je eu surtout l'intention de montrer, par un nouveau cas, les avantages de l'expectation dans les rétrécissements du bassin. Chez cette femme, l'accouchement provoqué à 7 mois et demi a donné un enfant qui n'a vécu qu'une demi-heure ; l'accouchement à terme a donné naissance à un bel enfant de 3.680 grammes, qui a vécu 8 mois et n'a succombé que sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il fut placé. Peut-être n'est-il point superflu d'insister sur les faits de ce genre, lorsqu'on voit encore, répandue chez les accoucheurs, la conviction que des bassins mesurant 9 cm. 5 à 10 centimètres de P. S. P. ne peuvent permettre le passage d'un fœtus à terme.

Le second point intéressant de cette observation, c'est la solidité du résultat obtenu, dans la cure de cette éventration, par le procédé d'Hartmann. La grossesse survenue très peu de temps après l'opération a soumis à une rude épreuve la paroi abdominale, qui a parfaitement résisté.

M. J. Potocki. — De l'amputation du col pendant la grossesse dans le cas d'allongement hypertrophique de sa portion vaginale (1).

M. Sauvage. — Allongement hypertrophique du col pendant la grossesse (2).

M. Mauclaire. — Volumineux fibrome utérin chez une femme de 23 ans.

On peut dire que tout fibrome utérin qui apparaît et devient appréciable au palper avant la 30e année est un *fibrome précoce*. A ce point de vue l'observation suivante nous a paru intéressante.

Obs. — Cette jeune femme, âgée de 23 ans, est mariée depuis près de deux ans. Depuis quelques années elle avait des métrorrhagies fréquentes. En février dernier, elle

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, décembre 1906, p. 709.
(2) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, *ibid.*, p. 732.



fait une fausse couche de quatre mois et demi. Les suites de couches ont été fébriles. C'est alors seulement que le médecin consulté constata l'existence d'une tumeur utérine remontant jusqu'à l'ombilic et présentant tous les caractères d'un fibrome utérin.

L'opération est pratiquée le 18 octobre. Il s'agit d'un fibrome interstitiel donnant à l'utérus une forme régulièrement globuleuse. Dans ces conditions je ne crois pas devoir tenter le traitement conservateur, c'est-à-dire la myomectomie, étant donné le jeune âge de la malade, d'autant plus que je craignais d'ouvrir la cavité utérine infectée. L'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée et les deux ovaires conservés sont enfouis entre les feuillets des ligaments larges correspondants.

Les suites de l'opération furent régulières.

Il s'agit bien d'un fibrome interstitiel du corps utérin développé aux dépens de la moitié droite de la face postérieure. La cavité utérine est allongée, mais peu élargie.

L'examen histologique fait par M. Hamel démontre qu'il s'agit bien de fibrome, il n'y a aucune trace de sarcome.

Ces « fibromes précoces » de l'utérus sont assez rares. Personnellement je n'en avais pas encore observé avant l'âge de 30 ans.

En faisant quelques recherches bibliographiques, je n'ai pu colliger que les 4 cas suivants :

a) P. Cavaillon (*Société médicale de Lyon*, in *Lyon médical*, avril 1902) a publié une observation de fibrome utérin chez une fillette de 13 ans. La tumeur interstitielle, qui était développée aux dépens du corps utérin, pesait 3 kilogrammes. Son début datait d'un an. L'hystérectomie abdominale totale fut pratiquée, en laissant en place un ovaire.

b) Russell Andrew (*British Medical Journal* du 1er avril 1905) rapporte avoir enlevé un fibrome utérin volumineux chez une jeune femme de 20 ans. Mariée depuis un an, cette malade fit ensuite une fausse couche de cinq mois. Le fibrome remontait à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Le fibrome était interstitiel ; il avait subi la dégénérescence myxomateuse.

c) Le professeur Laboulbène (*Société de biologie*, 1867) a reproduit le dessin d'un cas de fibrome utérin énorme chez une jeune femme de 28 ans et paraissant avoir évolué en seize mois. La malade succomba aux hémorragies.

d) Enfin A. Mouchet (*Société de biologie*, juillet 1897) publie une observation d'utérus bourré de fibromes chez une vierge de 28 ans. L'utérus remontait jusqu'à l'ombilic, le début datait de 5 à 6 ans. La tumeur fut enlevée par l'hystérectomie abdominale totale.

Avant l'âge de 30 ans, les fibromes utérins « volumineux » sont donc assez rares. Il est à noter que dans l'observation de Russell, comme dans la nôtre, la grossesse sembla donner un coup de fouet à l'évolution de la tumeur. Les fibromes comme les polypes fibreux et les hypertrophies du col utérin, toutes lésions de même nature histologique, sont donc rares avant l'âge de 30 ans.

Discussion. — M. P. Segond. — Bien que les fibromes utérins ne soient pas fréquents chez les femmes âgées de moins de 25 ans, j'ai eu cependant l'occasion d'en observer quelques cas, parmi lesquels je ne veux en rappeler qu'un observé récemment. Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, qui, mariée depuis peu, présentait des hémorragies utérines très graves mena-

çant ses jours. Ces hémorragies étaient causées par un fibrome au moins aussi volumineux que celui qui vient de nous être présenté par Mauclaire et ayant à peu près les mêmes connexions avec l'utérus.

Au lieu de pratiquer chez elle l'hystérectomie abdominale totale, j'ai procédé à l'énucléation de son fibrome par la voie vaginale, en employant le procédé de morcellement qui a été décrit dans sa thèse par mon élève Dartigues. Les suites opératoires ont été simples et cette femme se porte actuellement bien. Je ne sais si dans cet utérus pourra se développer ultérieurement un œuf; mais, en tout cas, il est, je crois, préférable que cette femme ait actuellement ses organes génitaux internes au complet.

M. L.-G. Richelot. — L'évolution des fibromes utérins avant 30 ans est en effet exceptionnelle, je n'en ai guère opéré que 5 ou 6 cas, et j'ai remarqué qu'il s'agissait surtout de femmes de l'Amérique du Sud, d'origine espagnole. L'une des femmes que j'ai opérées il y a sept ans était vierge et âgée de 24 ans, son fibrome remontait jusqu'à l'ombilic. Il semble qu'il y ait en effet là une influence de race toute particulière. Du reste, le fait a été signalé depuis longtemps dans la race nègre, où les fibromes utérins s'observent très fréquemment et chez des femmes très jeunes, ce qui peut s'expliquer dans une certaine mesure par l'apparition précoce de la menstruation.

M. S. Pozzi. — Il y a longtemps que j'ai observé des cas de fibromes chez des femmes jeunes, puisque j'étais l'interne de Laboulbène lorsqu'il publia le cas que M. Mauclaire nous a rappelé.

Parmi les faits qui ont été soumis à mon observation, je citerai seulement celui d'une jeune fille de 22 ans, originaire du Vénézuéla, que j'ai opérée il y a cinq ans. Elle avait un gros fibrome de l'utérus, elle était vierge, bien que son hymen ait été défloré par des examens médicaux antérieurs. A cette époque, je n'avais pas recours aussi systématiquement qu'aujourd'hui à l'hystérectomie par la voie abdominale. J'ai pratiqué chez elle l'ablation du fibrome et de l'utérus par la voie vaginale.

Je partage l'opinion de notre collègue Richelot au sujet de la prédisposition des femmes de l'Amérique du Sud ; si on observe chez elles des fibromes avant l'âge de 25 ans, c'est que, réglées plus jeunes que beaucoup de femmes, elles sont en avance, au point de vue du fonctionnement de leur appareil génital, sur les femmes des régions septentrionales.

M. Pinard. — M. Mauclaire nous a montré que les cas de fibrome chez les femmes âgées de moins de 25 ans sont très rares ; mais, à partir de cette époque, lorsqu'une femme n'a pas été fertilisée, elle est de plus en plus exposée à l'apparition des fibromes, lorsqu'il y a chez elle une prédisposition individuelle.

Quant à l'influence de la race, je partage l'opinion de mes collègues, puisque, dans les deux seuls cas de femmes âgées de moins de 25 ans chez lesquelles j'ai constaté un utérus fibromateux, il s'agissait de deux jeunes filles d'origine créole.

M. P. Segond. — Tout en admettant l'influence de la race et la prédispo-

sition des femmes de l'Amérique du Sud, je note que la femme dont je vous ai parlé tout à l'heure est blonde et d'origine slave.

MM. PINARD, SEGOND et COUVELAIRE. — **Sténose cicatricielle du col. — Putréfaction fœtale intra-utérine. — Hystérectomie abdominale. — Guérison** (1).

Discussion. — M. LEPAGE. — La rapidité avec laquelle les accidents de putréfaction fœtale sont survenus après la mort du fœtus est tout à fait anormale, ainsi que l'intensité des phénomènes observés; je demande à M. Pinard comment il explique cette rapidité d'accidents aussi sérieux.

M. PINARD. — Dans cette observation, il y a deux points qui doivent être mis en relief. Le premier, c'est l'état du canal cervical formant une sorte d'entonnoir fermé par en haut et ne permettant pas à la partie fœtale de descendre sous l'influence des contractions utérines.

Quant à la rapidité de la putréfaction fœtale, elle est d'autant plus extraordinaire qu'aucun toucher vaginal n'a été pratiqué avant le début du travail et que toutes les précautions d'usage avaient été prises après la rupture prématurée des membranes. Sans doute, on peut penser que le vagin contenait des microbes particulièrement aptes à favoriser la putréfaction, mais on est ici dans le domaine de l'hypothèse.

Quoi qu'il en soit, les accidents de putréfaction furent si rapides et si intenses que, si l'intervention n'avait pas été faite de suite, la femme serait probablement morte. L'enfant, du sexe masculin, pesait environ 4 kilogrammes; il présentait de la physométrie.

Quant à l'intervention elle-même, malgré le succès obtenu, j'estime que l'opération pratiquée par Segond ne doit pas toujours être en pareil cas l'opération de choix. Malgré son habileté opératoire, il s'est produit un épanchement sanguin; il y a eu des difficultés pour assurer l'hémostase des gros vaisseaux. Aussi, je crois qu'au lieu de faire une opération aussi radicale, dans la majorité des cas, il sera préférable surtout, pour le praticien qui n'est pas très entraîné à la pratique chirurgicale, de se contenter de l'opération de Porro, qui est d'exécution beaucoup plus facile et fait courir moins de risques à la femme. On peut sans doute objecter qu'en présence d'un utérus infecté il est préférable de ne laisser dans l'organisme maternel aucune partie pouvant devenir la cause d'une infection; mais l'expérience montre qu'en pareil cas les accidents dus à cette cause ne sont guère à redouter. Du reste, au cours de son opération, tout en voulant faire une hystérectomie totale, M. Segond a laissé une partie du col adhérent au vagin et, malgré cela, les suites opératoires ont été normales.

M. SEGOND. — Je suis d'accord avec M. Pinard pour reconnaître que le choix de l'intervention dépend en pareil cas du degré d'habitude qu'a l'opérateur des interventions chirurgicales et des conditions matérielles dans les-

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, décembre 1906, p. 705.



quelles il se trouve. Donc, lorsqu'un chirurgien, ayant à sa disposition le matériel instrumental nécessaire, se trouve en présence d'une femme qui est dans les conditions où était notre opérée, il ne doit pas hésiter à recourir à l'hystérectomie abdominale totale, en prenant les précautions que j'ai indiquées tout à l'heure au point de vue de la ligature des vaisseaux. Mais si des conditions inverses existent, c'est-à-dire s'il s'agit d'un médecin peu entraîné à la chirurgie et n'ayant qu'un matériel insuffisant sous la main, il fera mieux de recourrir à la ligature élastique d'après le manuel opératoire de Porro.

M. Pozzi. — Il est signalé dans l'observation que la dystocie est due à des cautérisations intra-cervicales, faites chez cette femme avant la fécondation. Quel est le topique caustique qui a été employé ?

M. Pinard. — Il est probable qu'il s'agissait de chlorure de zinc, mais, malgré l'insistance avec laquelle nous avons recherché ces renseignements, il nous a été impossible d'être complètement éclairés à cet égard. Nous savons seulement qu'il a été pratiqué de nombreuses interventions.

Lorsque j'ai vu cette femme, avant qu'elle ne fût enceinte, son utérus était gros et maçonné, pour ainsi dire, par de la pelvi-péritonite ancienne.

M. Pozzi. — Cette observation montre une fois de plus, à quel danger de sténose on expose les femmes lorsqu'on a recours aux attouchements intra-cervicaux avec un caustique puissant : ils sont, à mon avis, plus dangereux qu'une amputation du col faite d'une manière vraiment chirurgicale. Le drainage était-il à la fois vaginal et abdominal ?

M. P. Segond. — Le drainage a été exclusivement abdominal. La raison qui m'a déterminé, contrairement à mon habitude, à ne pas user du drainage vaginal, c'est l'observation qui m'a été faite, au cours de l'intervention, par M. Couvelaire au sujet de la virulence extrême des microbes vaginaux, qui avaient suffi à produire cette infection intra-utérine ultra-rapide.

M. Pozzi. — Cette raison est plausible ; cependant dans la majorité des cas, ce qui constitue l'une des supériorités de l'hystérectomie totale sur la subtotale, c'est que la première permet le drainage facile par la voie déclive.

Au sujet de l'opération de Porro, je demande à M. Pinard quelle est exactement l'intervention qu'il désigne sous ce vocable. S'agit-il de l'ancienne opération de Porro avec les broches et le tube de caoutchouc plein élastique ou de l'hystérectomie supra-vaginale, qui ne diffère de l'ancienne opération de Porro que par la manière dont est faite l'hémostase du pédicule par des ligatures, au lieu d'enserrer en masse le pédicule utérin par un lien élastique ? Pour ma part, je crois que cette hystérectomie supra-vaginale, qui n'est guère plus difficile que l'opération ancienne de Porro, lui est préférable.

Quant au danger du glissement des vaisseaux et en particulier de l'artère utéro-ovarienne, j'emploie un procédé qui consiste à enserrer l'extrémité du vaisseau en respectant la partie supérieure du ligament large. Puis, je fixe cette ligature en l'assujettissant par un nœud situé plus en dedans dans l'épais-

seur de la partie supérieure du ligament large, dans la partie séreuse du ligament infundibulo-pelvien.

M. Pinard. — Quand je parle d'opération de Porro, je désigne l'opération primitive avec pose d'un caoutchouc plein et de broches, pour empêcher ce caoutchouc de glisser. C'est parce que cette opération est beaucoup plus simple, beaucoup plus à la portée du médecin praticien, que je la considère comme devant être recommandée dans les cas de nécessité, de préférence à l'hystérectomie supra-vaginale, qui constitue une véritable opération chirurgicale avec hémostase des gros vaisseaux, etc.

M. Lepage. — J'ai été très intéressé par les détails que nous a donnés M. Segond au point de vue de la difficulté de l'hémostase et du glissement des vaisseaux.

Il faut savoir qu'on peut avoir aussi quelques ennuis de même nature en pratiquant l'opération de Porro.

A la dernière séance de notre Société, j'ai eu l'honneur de vous communiquer une observation dans laquelle, après la pose d'une ligature élastique, j'ai constaté une hémorragie assez grave au-dessous du tube de caoutchouc ; il s'agissait d'un assez gros vaisseau, probablement de l'artère utéro-ovarienne gauche qui avait glissé au-dessous de la ligature et qui saignait d'une façon abondante. Sans doute, cette opération de Porro était pratiquée dans des conditions particulières, puisqu'elle était faite sur un utérus vide de son contenu depuis 24 heures. Il n'en est pas moins vrai que si j'avais négligé la cause de cette hémorragie, me fiant uniquement à l'hémostase faite par le caoutchouc, il est probable que la femme aurait succombé.

Aussi, tout en étant d'accord avec M. Pinard sur la simplicité plus grande de l'opération de Porro, qui d'ailleurs est souvent indiquée par les conditions de surmenage dans lesquelles se trouvent les femmes, je crois qu'en réalité peu de praticiens la pratiquent actuellement pas plus qu'ils ne pratiquent l'hystérectomie, et qu'un certain nombre d'accoucheurs ont tendance à la remplacer par l'hystérectomie supra-vaginale.

M. Wallich. — Je m'excuse de venir insister sur ce qu'a dit M. Pinard au sujet des avantages de l'opération de Porro, pratiquée après la section césarienne sur un utérus infecté. Dans ces circonstances, l'amputation utéro-ovarique mériterait d'être regardée comme une opération de choix, digne d'être préférée à l'hystérectomie totale ou subtotale, même par le chirurgien entraîné à pratiquer ces dernières opérations. En effet, dès le début de l'opération de Porro, l'utérus est attiré hors du ventre, l'amputation est pratiquée hors de l'abdomen, et on termine en fixant le moignon à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Il semble, dans les suites opératoires, que cette extérioration du moignon a pour conséquence une sorte d'isolement de l'utérus par rapport au reste de l'organisme.

Je tiens à rappeler, à ce propos, que j'ai présenté à cette Société, en octobre 1905, un rapport sur une opération de Porro, pratiquée par M. Riss (de Marseille) chez une femme qui mourut de tétanos puerpéral. Cette femme pro-

fondément infectée, ayant une rupture de l'utérus, échappa à l'infection puerpérale, et elle était considérée comme hors de danger, quand, au douzième jour des suites de couches, apparurent les premières manifestations du tétanos Il semblait donc que chez elle l'utérus avait été suffisamment isolé pour que les microbes de l'infection n'aient pas envahi l'organisme. Quant aux accidents tétaniques, ils résultèrent, comme d'ordinaire, de la diffusion des toxines émanées des microbes du tétanos, que l'on retrouva localisés dans le moignon de l'utérus.

M. P. Segond. — Nous sommes d'accord pour conserver l'opération de Porro comme procédé de nécessité; toutefois, il faut bien recommander de ne pas poser la ligature élastique trop bas et d'éviter, par une broche placée audessous d'elle, tout glissement possible vers le vagin; sans quoi, on s'expose à prendre les uretères dans la ligature. J'ai assisté à une opération dans laquelle ce grave accident s'est produit, et vous en devinez les conséquences.

M. Wallich. — Il me paraît impossible anatomiquement qu'une ligature élastique puisse être mise assez bas pour menacer le vagin, puisque les ligaments larges empêchent de placer trop bas cette ligature.

M. Pozzi. — Le tube de caoutchouc peut cependant glisser vers le vagin et pincer les uretères.

M. Monod. — Je suis d'accord avec nos collègues Pozzi et Segond sur la nécessité de faire avec grand soin la ligature de l'artère utéro-ovarienne. J'ai l'habitude, après avoir lié le vaisseau, de repasser les chefs de fils de cette ligature dans les tissus voisins, de manière à accrocher pour ainsi dire la ligature. Pour plus de sûreté, après avoir noué, je repasse encore les chefs de fils dans l'ensemble ; c'est ce que j'appelle faire la ligature au « plafond et à la cravate ».

G. Lepage. — Dystocie par bride cicatricielle au niveau de la paroi utérine postérieure; accouchement spontané.

Secondipare de 25 ans.

Elle a marché à l'âge de 2 ans et aurait boité de 3 à 9 ans.

Sa première grossesse s'est terminée le 28 juillet 1903, à Mexico, après 3 jours de travail ; on pratiqua une opération césarienne pour une tumeur qui siégeait au voisinage de l'utérus, probablement un kyste de l'ovaire. L'enfant naquit vivant. Il succomba à 22 mois d'accidents méningés.

Seconde grossesse : dernières règles du 12 au 15 octobre 1905.

A son arrivée à Baudelocque, on constate qu'il existe une cicatrice verticale dans la région sous-ombilicale. Le fœtus se présente par le sommet en G. T. On ne constate l'existence d'aucune tumeur de l'excavation. Le professeur Pinard ne trouve pas de viciation pelvienne permettant de penser que la première opération césarienne ait été pratiquée pour dystocie osseuse.

Le 29 août, dans la nuit, cette femme est prise d'une syncope qui dure quelques instants; toutefois, on ne constate du côté de son utérus rien de particulier qui puisse faire penser que cet accident soit dû à une tension anormale ou à une solution de continuité de la cicatrice utérine.

Le 30 août, à 3 heures du matin, apparaissent les premières contractions utérines douloureuses. A 8 h. 35, l'orifice étant dilaté comme un franc, les membranes se rompent

spontanément ; il s'écoule du liquide fortement teinté en vert par le méconium ; l'extrémité céphalique est élevée. On constate qu'il existe au-dessus du canal cervical une sorte de diaphragme faisant saillie sur la paroi postérieure de l'utérus et en avant duquel le doigt arrive sur la tête du fœtus, sur une étendue de 5 centimètres environ.

A 9 h. 30 du matin, M. Lepage trouve, à 3 centimètres au-dessous de l'orifice utérin, sur la paroi postérieure et surtout à droite, une saillie transversale, qui manifestement, empêche la tête d'appuyer sur l'orifice.

Le col utérin est épais, infiltré, donnant la sensation d'un col souvent décrit sous le nom de « col atteint de rigidité anatomique ». Les bruits du cœur sont accélérés et irréguliers.

La malade est de nouveau interrogée avec soin sur ce qui s'est passé lors de son premier accouchement; elle affirme qu'aucune intervention n'a été faite par la voie basse au moment de cet accouchement; qu'on a extrait le fœtus par l'opération césarienne et qu'on a enlevé ensuite un kyste qui se trouvait près de l'utérus. Elle raconte de plus, pour la première fois, qu'en 1905, elle entra dans le service de M. Routier à l'hôpital Necker, où on lui aurait extirpé un polype utérin.

Si le travail doit durer longtemps, il y a à craindre que la cicatrice utérine ne cède à la longue. On se décide cependant pour l'intervention par le vagin.

A l'aide de ciseaux de Dubois M. Lepage pratique sur cette bride saillante trois ou quatre encoches et constate qu'il existe à ce niveau une forte saillie musculaire et, en même temps, du tissu fibreux sur une longueur de 4 à 5 centimètres et une épaisseur d'un centimètre environ. Après cette intervention, la saillie a presque entièrement disparu, mais la tête ne descend pas.

Les bruits du cœur sont sourds et irréguliers, le liquide amniotique, fortement teinté de méconium, est d'odeur un peu fétide.

Il est décidé que, si le travail ne progresse pas et si l'enfant vient à succomber, on pratiquera rapidement une basiotripsie pour vider la cavité utérine.

Dans l'après-midi, les contractions deviennent plus régulières; l'anneau cicatriciel se laisse de plus en plus forcer par la partie fœtale qui descend. A 1 h. 30, la dilatation est d'un franc; la tête est élevée et mobile, les bruits du cœur sont meilleurs; à 2 heures, la dilatation est de 2 francs; la tête est fixée en G. A. A 4 heures, la dilatation est de 5 francs; les contractions se rapprochent et deviennent plus régulières et plus intenses. A 5 h. 20 la dilatation est complète. A 5 h. 25 la femme accouche spontanément d'une fille. A 6 h. 30, la délivrance artificielle. Poids du placenta : 440 grammes. L'enfant pèse 2 kg. 580; à sa sortie du service, le dixième jour, elle pesait 2 kg. 700 et était en bonne voie de développement.

Les suites de couches furent normales.

Cette observation montre combien la conduite à tenir, en présence de ces cas où il existe de la dystocie par bride cicatricielle, est délicate.

Il est assez difficile de savoir quelle est l'origine de cette bride cicatricielle intra-utérine. La malade déclare qu'aucune manœuvre n'a été faite par la voie basse au moment de son premier accouchement, mais on ne peut rien affirmer à cet égard puisque nous n'avons pu avoir de renseignements de la part de l'opérateur sur ce qui s'est passé la première fois. Il faut être d'autant plus réservé à ce point de vue que, des renseignements qui nous ont été fournis par M. Routier, il est peu probable qu'une intervention ait été faite à Necker en 1904 :

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de relater ce fait, qui milite en faveur de l'expectation dans un cas de dystocie causée par du tissu cicatriciel formant, dans le canal cervical, un obstacle sérieux à la descente du fœtus.

REVUE ANALYTIQUE

Cancer corné du système canaliculaire de la glande de Bartholin (Hornkrebs der Gangsystems der Bartholinischen Drüse). A. Sitzenfieg, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVIII, Hft. 3, p. 362.

Dès 1893, Schweizer défendait cette notion que, sous réserve de certaine condition, *métaplasie de l'épithélium de l'appareil canaliculaire de la glande vulvo-vaginale*, n'importe quel point de ces canaux pouvait devenir le siège d'un cancer épithélial, pavimenteux, corné. Or, sous l'influence de certains processus pathologiques, la gonorrhée en particulier, l'épithélium canaliculaire qui, exception faite pour la portion du canal excréteur correspondant à l'orifice externe, est cylindrique, peut se transformer en épithélium pavimenteux stratifié (Touton, Nobel). L'auteur a précisément observé un fait qui lui a permis de confirmer les constatations histo-pathologiques de Touton et Nobel et leur rôle étiologique par rapport au développement de cet épithéliome pavimenteux, corné : le néoplasme spécial de la glande de Bartholin se développa en effet chez une femme de 29 ans, durant l'évolution d'une infection gonorrhéique survenue sept années auparavant et qui, loin d'être restée jamais tout à fait silencieuse, avait au contraire présenté, au cours de sa chronicité, plusieurs poussées aiguës. On procéda à une exérèse très large du néoplasme, exérèse qui comprit une partie de la sangle musculaire périnéo-vaginale, ce qui entraîna, comme conséquence opératoire plus ou moins lointaine, un *prolapsus de la paroi vaginale droite avec entérocèle*. L'intervention eut lieu le 22 décembre 1903. — Le 12 juillet 1904, la femme entrait de nouveau à l'hôpital — parce que, vers la partie supérieure droite de la cicatrice, s'était développée une tumeur cylindrique grosse comme une noisette, dure, intimement adhérente à la branche inférieure du pubis (*récidive*). Pas de retentissement ganglionnaire inguinal. Le 13 juillet 1904, exérèse au thermo-cautère de cette tumeur (périoste compris), tumeur que l'examen microscopique démontra être du *cancer épithélial pavimenteux, corné*. En octobre 1905, la femme se représentait à cause du *prolapsus du vagin*, auquel il a été fait allusion plus haut.

R. L.

Sur la présence de la soie dans une cicatrice utérine d'une césarienne datant de deux ans (Sulla presenza della seta in una cicatrice uterina cesarea biennale). G. Cristalli, *Archivi di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 12, p. 705.

Obs. — 25 ans, rachitique. Le 16 mars 1904, césarienne conservatrice (prof. Morisani), incision fondale, sagittale. Enfant vivant, pesant 3.500 grammes. Affrontement des lèvres

de l'incision utérine par 15 points de suture séparés à la soie. Quelques élévations thermiques faibles dans les jours qui suivirent l'opération. Enlèvement, le huitième jour, des sutures de la paroi abdominale réunie *per primam*. Le quatorzième jour, troubles vasomoteurs de la vision et au niveau des membres supérieurs, vite maîtrisés par un purgatif et une médication bromo-chloralée. *Exeat* le 6 avril, — sort en bonne santé. — L'année qui suit, grossesse nouvelle : la femme revient à l'hôpital le 16 mars 1906 (exactement deux ans après). Le 20 mars, elle subit pour la deuxième fois l'opération césarienne, le travail de l'accouchement ayant commencé spontanément et les membranes s'étant rompues (procédé de Caruso ; opérateur Miranda). « L'opération marche vite et sans aucun incident jusqu'à la suture ; mais, à ce moment, inertie complète de l'utérus, en dépit de tous les moyens (tamponnement prophylactique de la cavité, injections répétées d'ergotine, massage direct du muscle), perte de sang considérable, état grave ; à cause de quoi, *hystérectomie supra-vaginale rapide. Exeat le* 4 avril ; la femme part entièrement guérie.

Le ventre ouvert, on avait constaté la présence d'adhérences nombreuses et solides de l'intestin avec le péritoine pariétal et avec le fond de l'utérus sur la ligne de cicatrice de la première césarienne, *région au niveau de laquelle la minceur de la paroi était extrême.*

Examen de la pièce : *a*) *macroscopique* : il permit, en particulier, de *mettre en évidence deux sutures à la soie de la première césarienne* et plus particulièrement deux nœuds superficiels recouverts d'un tissu lâche, d'aspect jaunâtre, correspondant à deux adhérences péritonéales solides. Outre ces deux nœuds, il y avait, çà et là, dans l'épaisseur du tissu utérin, quelques points noirâtres faciles à défaire et à enlever ; *b*) *microscopique* : l'auteur limite sa description à celle de la zone où la soie, employée lors de la première césarienne, figurait ou bien a laissé des traces de sa présence. Dans l'examen des diverses préparations ce fait ressort que çà et là, en pleine musculeuse, il y a des foyers hémorragiques de date très ancienne ; en effet, entre les faisceaux de fibres-cellules, on trouve des amas de pigment hématique en granulations libres ou emprisonnées dans un réticulum fibriniforme. En d'autres endroits, existent des points d'aspect nécrotique : tantôt un détritus granuleux comme d'éléments dissociés, tantôt comme des travées de fibrine momifiées. Il y a aussi des zones où se montrent plus nettes les traces d'un processus réactionnel ancien : des foyers irréguliers, qu'enveloppe une capsule connectivo-élastique épaisse et dure, et constitués par un délicat lacis fibrillaire parcouru de lacunes et de fins capillaires remplis de sang (foyers anciens organisés). Particularités histologiques au niveau du point où déjà, à l'examen macroscopique, très près de la surface péritonéale, on avait pu mettre en évidence deux points de soie et où il y avait de nombreux tractus de membranes inflammatoires. Un faible agrandissement montre une large bande de tissu d'aspect homogène et, çà et là, comme des tablettes plus ou moins longues, enfoncées dans le tissu, les unes droites, comme rigides, d'autres incurvées ou en *zigzag*. Un plus fort agrandissement démontre que la zone d'aspect homogène n'est qu'un large foyer d'immigration leucocytaire limité par deux barrières de tissu connectif dense et semé çà et là de nombreuses cellules géantes et de fils brisés, plus ou moins longs : au total, cela répond au trajet d'un point de suture de la première césarienne, siège d'un processus remarquable d'infiltration micro-cellulaire, qui est parvenu à rompre, à dissocier le fil de soie : il est surtout intéressant de noter les dimensions du foyer et plus encore cette phase de grande activité à deux ans de l'intervention ; il y a aussi intérêt à retenir la formule leucocytaire de ce foyer : lymphocytes ou microcytes et, en quelques points, des agglomérats de grands leucocytes mononucléaires. Il y a manifestement des cellules géantes, plus nombreuses dans les points où sont les fragments de soie, auxquels elles s'accolent et que parfois elles enveloppent ; il est même des cellules géantes qui contiennent des filaments de soie. Ce foyer — comme il a été noté plus haut — est enveloppé d'une capsule connectivo-élastique, pauvre en éléments musculaires : vaisseaux à parois très épaisses (tunique interne hypertrophiée et plissée), nombreuses chaînes lymphatiques dans les interstices connectifs. Ailleurs, le tissu qui entoure le foyer de réaction a un aspect homogène (zone de tissu ayant subi la dégénérescence hyaline). La recherche *microscopique* de bactéries est restée *négative*.

A l'occasion de ce fait et des constatations histologiques, l'auteur étudie et discute tout particulièrement ce qui a trait aux matériaux et aux procédés de su-



ture dans les cas de section césarienne et résume sa façon de voir ainsi : « S'il est vrai qu'on puisse sûrement stériliser la soie, il est aussi certain qu'on peut obtenir un catgut absolument stérile. La pratique que j'ai suggérée, et qui est suivie dans notre Institut, offre les garanties les plus absolues et rend superflu le conseil donné par beaucoup de procéder soi-même à la stérilisation du catgut.

C'est un fait que les points de catgut, d'ailleurs comme les points de soie, peuvent donner lieu à de la suppuration ; mais il est vrai aussi que cette suppuration peut être aseptique (Poppert), et alors même qu'elle est d'origine bactérienne, elle ne saurait toujours être imputée à des matériaux de suture non stériles, les sources de contamination étant innombrables. La suppuration des points de soie, microbienne ou amicrobienne, est fâcheuse et pleine d'inconvénients et de dangers ; les fils de catgut auraient, dans cette éventualité, le grand avantage de la temporanéité.

Il n'est pas absolument démontré que la résorption prématurée du catgut peut compromettre la suture et le succès de l'opération ; même dans l'affirmative, il est possible de trouver un catgut moins facilement absorbable, et il ne saurait y avoir là pour l'utérus gravide un danger sérieux.

La rupture de la cicatrice césarienne a des causes prédisposantes et parfois, simultanément, des causes prédisposantes et déterminantes.

La *cause prédisposante* ordinaire est dans l'affaiblissement causé par la cicatrice elle-même : processus anormal d'affrontement, cicatrisation défectueuse (suppuration de la plaie et des points, présence de fils de soie, faiblesse individuelle dans les processus de restauration, mauvaise involution utérine *post-partum*, infiltration séreuse et hypervascularisation quand la zone cicatricielle est le siège du placenta).

Cause déterminante : surdistension utérine, amincissement excessif de la cicatrice, tension intra-utérine excessive ; hydramnios, grossesse multiple. Cela étant dit, il faut tenir pour légitime l'idée de trouver une suture nouvelle plus rationnelle, inspirée des sains principes de la chirurgie générale et capable de supprimer un certain nombre des conditions prédisposant à la rupture de la cicatrice.

En ce qui concerne l'espèce de fils à préférer (la nature des matériaux de suture), s'il est vrai : 1° que les dangers d'infection ne peuvent pas être plus grands avec le catgut ; 2° que la soie peut persister longtemps dans les tissus *et non comme un corps* inoffensif ; 3° s'il est vrai que les points de soie peuvent s'éliminer de la cicatrice utérine longtemps après l'intervention et cela à la suite d'un processus de suppuration plus ou moins prolongé, et tout cela est vrai, alors *il faut formellement donner la préférence aux fils de catgut ou absorbables*. En ce qui concerne la *technique*, si l'enkystement et la résorption sont d'autant plus faciles que les matériaux de suture sont entourés de tissus, nous devons nous efforcer de réaliser cette condition, qui a, de plus, l'avantage de mettre plus à l'abri d'une contamination secondaire et des gros risques attachés à la suppuration d'un point exposé dans la cavité péritonéale : la suture

musculo-musculaire complétée par un surjet séro-séreux satisfait pleinemennt à ce principe de chirurgie générale.

R. L.

De l'importance de l'hystreuryse en obstétrique (Die Bedeutung der Hystreuryse in der Geburtshulfe). O. Burger, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Hft. 3, p. 485.

Plaidoyer très documenté en faveur de l'hystreuryse, précédé d'un historique complet de cette méthode avec indication de ses étapes essentielles : *a*) transformation par Schauta de la méthode de Braün (colporyse) en métreuryse ; *b*, addition, par Maürer, d'une traction; *c*) suppression, par Champetier de Ribes, de l'extensibilité du ballon. L'auteur étudie l'action dynamique et mécanique de l'appareil, et justifie surtout les conclusions que nous allons rapporter par les observations faites à l'*Universitats-Frauenklinik* de Vienne (prof. Schauta) : « Dans cette clinique, on utilise les ballons *a*) *élastiques* et *b*) *inélastiques*, les premiers plus souvent, les gros ballons de 600 à 700 centimètres cubes, les petits de 400 centimètres cubes (il s'agit de la capacité obtenue par le simple emplissage du ballon sans forcer la résistance moyenne de la paroi). La stérilisation du ballon de Braün est réalisée par l'ébullition. — Dans les cas où il faut exercer une traction manuelle énergique, mieux vaut se servir de ballon non extensible, — ici, on se sert des ballons de Champetier. D'une manière générale, l'introduction du ballon est possible lorsque le canal cervical — quelle que soit encore sa longueur — admet une tige d'Hégar n° 14. (Suivent les détails de technique de l'introduction et du remplissage de l'appareil bien connus, ici, de tous, etc.) L'avantage capital du ballon dilatateur réside dans la multiplicité de ses indications, provocation de l'accouchement, renforcement des contractions, prophylaxie de la rupture prématurée des membranes, moyen d'occlusion au cas de rupture prématurée des membranes, accouchement forcé dans l'éclampsie, dans les cas d'hémorragies *sub-partu*, de placenta prævia. Sous forme de colpeuryse ou de métreuryse, la méthode a été appliquée à la clinique de Schauta dans 147 cas, que l'auteur groupe d'après la technique suivie suivant les indications : *Catégorie* I, usage du ballon avant tout travail. *Catégorie* II, après qu'il y a eu des contractions. Pour la première catégorie, 16 cas de provocation de l'avortement ou de l'accouchement, la plupart du temps après que d'autres méthodes étaient restées inutiles (tamponnement du col avec de la gaze iodoformée, introduction d'une sonde-bougie, rupture artificielle des membranes) ; ces cas se décomposent ainsi : tuberculose 4, néphrite 3, sténose pelvienne 9. Du second groupe, les cas d'éclampsie et de placenta prævia méritent une mention spéciale. La statistique comprend : 1° 45 cas d'éclampsie (35 primipares, 10 multipares); de ces 45 femmes, 9 moururent, les autres eurent des suites de couches apyrétiques ; 2° 19 cas de placenta prævia.

C'est dans ces cas de placenta prævia où, à cause de l'étroitesse des parties molles, il est encore impossible de produire l'abaissement du siège, que la méthode est souveraine en tant que méthode hémostatique. Elle permet aussi,



combinée avec une traction manuelle, la terminaison à bref délai de l'accouchement quand un état menaçant pour la mère exige cette terminaison.

« A comparer les propriétés de la métreuryse avec celles des dilatateurs métalliques, on reconnaît que ces derniers sont bien capables de produire une certaine dilatation des parties molles en moins de temps que les ballons. Mais cette dilatation ne marche pas avec un raccourcissement, un effacement du col, parce que, dans ce cas, l'action dilatante de l'instrument est purement mécanique, qu'elle s'écarte trop des principes de la physiologie. De plus, cette dilatation n'est que passagère ; car, l'instrument enlevé, par l'effet de l'élasticité propre des tissus, elle se réduira considérablement, ou si elle persiste, parce que cette limite d'élasticité des tissus aura été brusquement forcée, ce ne sera qu'au prix de lésions anatomiques profondes. Et ces lésions comportent non seulement des risques d'hémorragie, mais elles sont de nature à créer une porte d'entrée à l'infection. On peut affirmer que l'usage des dilatateurs métalliques, dans le cas de placenta prævia, crée un danger direct, car ces instruments peuvent non seulement déterminer un décollement plus grand des portions basses du délivre, mais encore occasionner de nouvelles hémorragies par la production de nouvelles lésions et ainsi causer une issue funeste. »

« Quant à l'hystreuryse, elle restera une des conquêtes les plus utiles de l'obstétricie opératoire, que non seulement les résultats obtenus dans les cliniques maintiennent haut, mais qui représente, pour le praticien, un moyen inappréciable et nécessaire dans les conditions graves de maints accouchements compliqués. »

R. L.

Résultats pratiques du domaine de l'obstétrique et de la gynécologie (Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynækologie). H. Bardeleben, *Berlin. klin. Wochensch.*, 1907, n° 1, p. 20.

L'auteur marque particulièrement les progrès qu'a faits l'obstétrique en devenant plus chirurgicale, mais il montre aussi qu'il y aurait risque à trop oublier les enseignements du passé : *négliger, oublier ce qu'il y avait de bon dans les anciennes méthodes palliatives.*

Krönig et Menge, par exemple, ont voulu faire condamner accouchement prématuré et version prophylactique comme procédés antiscientifiques et surannés. La pubiotomie devait prendre leur place : *inauguration en quelque sorte d'un traitement chirurgical de l'accouchement dans les vagins rétrécis, césarienne classique ou pubiotomie comme unique intervention chirurgicale* ! La césarienne était encore, au commencement de la période antiseptique, une opération redoutée. Même après les perfectionnements techniques de Sanger, la mortalité atteignit d'abord presque 30 p. 100. Mais une asepsie rigoureuse réduisit les risques de cette opération, au point qu'à l'heure actuelle ils ne sont pas plus grands que dans toute autre laparotomie importante. Césarienne et symphyséotomie sont des opérations connues depuis longtemps. Il y a un siècle et demi, après que Trautmann eut pratiqué avec succès sur le vivant, la première

césarienne, Sigault fit en 1777, sur le vivant, la première *symphyséotomie*. Le fait fut accueilli avec enthousiasme ! Non seulement on crut à la suppression des opérations mutilatrices sur l'enfant vivant, mais on entrevit une remplaçante de la redoutable césarienne. L'opposition autoritaire de Baudelocque coupa, tout de suite, court à ces espérances. Lorsqu'il y a vingt ans Morisani ressuscita l'opération et qu'à la suite Pinard et Zweifel s'efforcèrent de la faire accepter, on fut frappé par ce fait, que ses résultats n'étaient pas aussi heureusement influencés par l'asepsie que les résultats de la césarienne : *la cause de ce fait devait sûrement être dans un vice même de l'opération* ; ouvrir en effet une articulation, produire des culs-de-sac profonds dans l'espace sous-séreux prévésical sans supprimer, sûrement, l'éventualité d'une contamination directe par l'urine, les lochies, sont les conditions les plus contraires à la guérison.

Ces défectuosités, nombre d'accoucheurs renommés les avaient constatées et, à cause de cela, avaient abandonné de nouveau la pubiotomie. Mais Gigli vint et imagina une modification ; ce ne fut plus l'articulation, mais l'os qui, latéralement, fut sectionné, *et du coup, la plaie opératoire fut écartée des lochies.* L'incision latérale de Gigli est l'inauguration d'une méthode opératoire neuve dans un principe fondamental. L'asepsie n'eût pas suffi, seule, à faire de la symphyséotomie une opération moderne : l'idée fondamentale de Sigault devait être adaptée aux lois générales de la chirurgie et aux progrès de la traumatologie. (Suit l'historique de travaux que nous avons déjà résumés, de v. der Velde, *de Doderlein*, etc.) (1). L'auteur continue : « Impossible, à l'heure actuelle, de produire des données statistiques sur les pubiotomies sous-cutanées, pratiquées avec l'aiguille. Sur vingt cas, à la clinique de Bumm, on n'a eu aucun décès maternel et il devrait en être ainsi, à l'avenir, pour les cliniques de Munich et de Wurtzbourg si, comme à notre clinique, *la fièvre est tenue pour une contre-indication. L'opération pour l'enfant* est sûrement un moyen de salut, et elle ne paraît pas mettre la mère en danger. Non seulement les mères guérissent, mais elles récupèrent, dans les 3 à 6 semaines, une ceinture pelvienne solide. Par contre, l'*espoir qu'on avait eu que le bassin resterait plus grand ne paraît pas se confirmer*.

La pubiotomie avec l'aiguille serait donc une opération idéale, qui sauverait mère et enfant des dangers créés par les sténoses pelviennes, si, comme la symphyséotomie, elle n'était pas limitée dans ses applications par les dimensions du bassin : 6 centimètres et demi, limite inférieure pour la symphyséotomie (Pinard, Morisani, Zweifel, etc.). Dans les sténoses pelviennes entre 7 et 8 centimètres, la pubiotomie, *dans les cliniques* (2), restera une opération utile et indispensable, et pourra dans ces limites remplacer la césarienne à indication relative.

La plus grosse difficulté avec la pubiotomie, c'est la détermination judi-

(1) De la pubiotomie ou hébotomie. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, mars 1906, p. 176.

(2) Suivant l'auteur, cette intervention exige un milieu et un personnel spécial ; dans les conditions plus inférieures de la pratique générale, accouchement et version prophylactique seraient plutôt de mise.



cieuse du *moment de la pratiquer*. Attendez-vous la survenue de la fièvre, il est déjà trop tard. Attendez-vous qu'une indication vienne de l'enfant, le résultat alors au point de vue de ce dernier est de ce fait compromis. Or, une pubiotomie avec un enfant mort est un *non-sens*. On ne pubiotomise que pour l'enfant. Car, dans les sténoses moyennes, on peut extraire un enfant *mort* plus aisément par la perforation, sans ouverture du vagin. Fait-on la pubiotomie trop tôt, l'accouchement se serait peut-être accompli spontanément. Il y a donc là un jugement, une décision à tirer de l'observation attentive de la marche du travail. La *pubiotomie faite*, faut-il abandonner aux efforts de la nature l'expulsion du fœtus, ou bien faire la version, ou appliquer le forceps ? La solution, dans chaque cas particulier, dépend de circonstances diverses : vigueur des contractions, souplesse des parties molles, configuration du crâne fœtal, état de la mère et de l'enfant.

Dilatation artificielle de l'orifice externe du col de l'utérus.

L'*incision utéro-vaginale antérieure* (Rühl, Dührssen, Bumm) donne la possibilité d'évacuer, à n'importe quel moment de la grossesse et de l'accouchement, en quelques minutes la matrice. Opération aisée et simple. La vessie ne peut être blessée qu'en cas d'étourderie ou d'inhabileté notoire. D'ailleurs, ces blessures de la vessie guérissent *per primam*, par simple suture et sans suites fâcheuses. La réunion de cette plaie utéro-vaginale est beaucoup plus aisée que la suture d'une grosse déchirure du col (pas d'hémorragies, région plus accessible, etc.). L'objection que l'incision utéro-vaginale antérieure pourrait s'étendre au cours de l'extraction de fœtus volumineux n'est pas démontrée par les faits. De même *la crainte exprimée par Hofmeier que ces cicatrices pourraient, dans des accouchements ultérieurs, créer des dangers est injustifiée*. Cela est parfaitement exact pour les déchirures et les contusions du col, pour les incisions profondes à la Dührssen faites mal à propos, puis mal ou même pas réunies. Mais cela est faux pour l'incision lisse, chirurgicale de la vagino-hystérotomie antérieure. « Par des recherches post-opératoires nombreuses, écrit Bardeleben, j'ai pu me convaincre des différences énormes dans les résultats, suivant qu'il s'agit de lésions chirurgicales ou non chirurgicales. *Les cicatrices consécutives à la colpo-hystérectomie de Bumm sont extensibles*, ne produisent aucune dislocation des tissus, et j'ai appris que deux femmes, qui avaient conçu après l'opération, ont accouché vite et sans aucune irrégularité. » Sur 80 cas, à la « Charité-Klinik », pas un décès maternel, résultat d'autant plus remarquable que l'opération fut pratiquée à cause de danger menaçant immédiatement la mère.

Il y a seize ans au moins, Bossi annonça qu'il avait trouvé un instrument et un procédé qui pouvaient donner le même résultat *et sans lésion*. « *Je mets*, écrivait-il, *dans les mains de l'accoucheur un instrument, grâce auquel il est, en obstétrique, maître du temps et cela signifie tout* », etc. Mais le principe de la dilatation artificielle par pression exclusivement latérale sur quelques points



n'est pas heureuse, et la doctrine de l'adaptation efficace, universelle de son instrument selon le désir et la nécessité est inexacte et dangereuse. A l'heure actuelle, tous les accoucheurs expérimentés s'accordent à reconnaître que la dilatation artificielle de l'orifice externe exige un ensemble de conditions qui ne sauraient être réunies dans un type de dilatateur, mais bien dans un état anatomique ou physiologique du tissu de l'orifice externe. Les nombreuses dilatations avec l'instrument de Bossi ont démontré ce fait, bien connu d'ailleurs des accoucheurs expérimentés, que l'orifice externe du col de l'utérus au début du travail se laisse très fréquemment dilater.

Meurer a fait voir qu'avec un procédé beaucoup plus rudimentaire, la dilatation manuelle (Bonnaire), on pouvait obtenir des résultats plus brillants qu'avec la méthode de Bossi. L'auteur met ensuite en relief les deux principales qualités de la *dilatation par les ballons* : 1° la tendance à la rétraction nerveuse de l'orifice externe après la dilatation, qui est de règle après la dilatation à la Bossi, n'existe pas avec le ballon dilatateur; 2° avec le procédé de Bossi, pour apprécier la dilatation du col, on ne dispose que d'un moyen incertain, le toucher, tandis qu'avec le ballon dilatateur on a ce signe précis : dès qu'on dépasse la limite d'extensibilité de l'appareil, si l'on augmente même prudemment la traction, l'orifice externe s'abaisse avec l'instrument, au lieu de le laisser traverser.

Dans les cas extrêmes, décider s'il vaut mieux inciser ou dilater est facile, mais la décision devient bien plus difficile dans les cas intermédiaires. Toutefois, le fait que le col a conservé toute sa longueur ne saurait par lui-même constituer une contre-indication formelle à la dilatation. « Sur mes cas de dilatation, en tout 40, écrit Bardeleben, j'ai pu dilater avec le ballon, chez des primipares, le col qui avait conservé toute sa longueur, une fois en 9 minutes et une fois en 12 minutes, sans produire aucune lésion.

« Les progrès et le caractère des opérations obstétricales modernes reposent donc principalement sur l'introduction en obstétricie de notions chirurgicales directrices et d'actes chirurgicaux : *mais celui-là seul restera un bon et véritable accoucheur qui saura combiner le neuf avec l'ancien, qui saura utiliser les conquêtes nouvelles sans perdre les fruits du passé ?* »

R. L.



BIBLIOGRAPHIE

Traité de Gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi. Quatrième édition revue et augmentée, avec la collaboration de F. Jayle.

Ce *Traité de gynécologie* parut en 1890. Depuis lors, deux éditions ont été successivement publiées. Aucune d'elles n'avait apporté de modifications profondes dans l'œuvre primitive. Il n'en est pas de même de celle-ci. Les derniers progrès de la technique chirurgicale ont été tels qu'il a paru nécessaire de refondre presque entièrement les chapitres relatifs au traitement. Le professeur Pozzi s'est aussi attaché à formuler plus nettement les indications opératoires et à conseiller le choix de tel ou tel procédé dont l'expérience lui a démontré la supériorité. On peut donc dire que ce livre a, dans sa nouvelle forme, un caractère plus personnel et plus original que par le passé. L'anatomie pathologique a également dû être complètement remaniée et mise à la hauteur de nos connaissances actuelles. Le texte a été sensiblement augmenté ; le nombre des figures a été accru dans de très grandes proportions et la plupart de ces additions sont inédites. C'est donc véritablement un livre nouveau, qui obtiendra auprès du public médical le succès incontestable qu'ont remporté les précédentes éditions.

Le tome II, qui vient de paraître, contient les chapitres suivants : Des troubles de la menstruation ; inflammation des annexes de l'utérus ; périmétro-salpingite ; kystes de l'ovaire ; tumeurs solides de l'ovaire ; tumeurs des trompes et des ligaments ; tuberculose génitale ; hématocèle pelvienne ; grossesse extra-utérine ; vaginites ; tumeurs du vagin ; fistules vaginales ; vaginisme ; déchirures du périnée ; inflammation ; œdème, gangrène ; érysipèle, eczéma, herpès de la vulve ; esthiomène de la vulve ; tumeurs de la vulve ; kystes et abcès des glandes de Bartholin ; prurit vulvaire, coccygodinie ; plaies de la vulve et du vagin ; sténoses et atrésies acquises, corps étrangers ; leucoplasie ; kraurosis vulvæ ; malformations des organes génitaux ; accidents de rétention consécutifs aux atrésies génitales ; index analytique ; table des noms propres.

Southern surgical and gynecological Transactions, t. XVIII, 1905-1906.

Le nouveau volume, que vient de publier la *Southern surgical and gynecological Association*, ne le cède en rien aux précédents. Comme toujours, ceux qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie abdominale et de la gynécologie y trouveront une série de mémoires intéressants sur la chirurgie des voies

biliaires (calculs du cystique, par Dunning; obstruction du cholédoque, par John Wesley Long; gangrène de la vésicule, par Ransohoff), sur l'angiotribe électrothermique de Downes et son emploi en chirurgie pelvienne par Wesley Bovée, les opérations pour rectocèle par George H. Noble, la constipation prolongée après les opérations pour déchirure complète du périnée par Howard A. Kelly, les fibromes utérins rétro-péritonéaux par Stone, le diagnostic des calculs rénaux par Guy L. Hunner, le traitement du rein mobile par Floyd W. Mc Rae, le doublement des aponévroses dans le traitement des hernies ventrales par Charles P. Noble, l'endocervicite chronique et son traitement par Daniel H. Craig, l'opération césarienne par George Summers Brown, le massage pelvien par Joseph Taber Johnson, etc. Comme toujours, l'impression du volume est excellente, les dessins bien reproduits et l'ensemble bien édité.

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, par BROUARDEL-GILBERT. — **Maladies des organes génitaux de la femme**, par ARMAND SIREDEY.

Une place importante a été réservée, dans le nouveau traité de médecine et de thérapeutique, aux affections génitales de la femme.

Sous le titre d'accidents de la menstruation, l'auteur a consacré à l'hygiène génitale des pages intéressantes.

L'histoire des affections génitales est présentée d'abord à un point de vue général et constitue une pathogénie à double tranchant : les troubles fonctionnels et dystrophiques, d'une part, comprennent les entités un peu vagues des anciens auteurs, tels que la congestion utérine et l'hypertrophie scléreuse. L'auteur nous montre ces formes rajeunies à la faveur des recherches récentes : et ces processus deviennent la résultante d'affections générales qui retentissent sur l'appareil génital. D'autre part, l'infection, localisée à cet appareil, doit, à son tour, se manifester dans l'organisme par des symptômes généraux, dont il importe de ne pas méconnaître la valeur et le sens pour un traitement efficace.

L'auteur passe ensuite en revue les affections spéciales à chaque segment de l'appareil génital : l'infection isolée peut se diffuser, et l'on aura alors la périmétro-salpingite. La tuberculose et la syphilis, aujourd'hui mieux connues, ont une place proportionnée à leur fréquence.

Malgré leur nature exclusivement chirurgicale, le cancer de l'utérus (sous forme de parallèle entre le cancer du col et celui du corps) et l'hématocèle rétro-utérine sont représentés dans cette étude.

Les indications opératoires sont nettement posées, et cet ouvrage sera consulté avec fruit, autant par les médecins que par les chirurgiens.

OKINCZIC.

Métrite chronique; sa pathologie et ses rapports avec l'endométrite chronique. (Chronic metritis; its pathology and its relations to chronic endometritis). FLECHTER SHAW, 1906, Londres, SHERRAT et HUGUES.

De cette laborieuse étude qui comprend un historique rétrospectif intéres-

sant, un exposé des méthodes de recherches, des chapitres sur le diagnostic, la pathologie (avec nombreuses figures de préparations histologiques), des tableaux synoptiques des cas: *a*) de métrite chronique; *b*) d'utérus normaux; *c*) d'endométrite, etc.), l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° la métrite chronique est une simple hypertrophie du mésométrium, ce n'est pas une hypertrophie du tissu connectif.

a) Dans la métrite chronique, l'utérus est très augmenté de volume, l'hypertrophie portant sur tous les diamètres : longueur moyenne de l'utérus, 10 cm. 24; de la cavité, 8 cm. 24; largeur moyenne, 5 cm. 96; épaisseur moyenne de la paroi, 2 cm. 44; poids moyen, 105 gr. 03; contre les chiffres normaux (d'après Quaine) : longueur 7 cm. 5; longueur de la cavité, 6 cm. 38; largeur, 5 centimètres; épaisseur de la paroi, 1 cm. 25; poids, 33 gr. 41.

b) La proportion du tissu connectif varie beaucoup avec les diverses variétés de métrite chronique; mais beaucoup d'utérus normaux de multipares en contiennent autant, et même plus; la quantité moyenne dans les spécimens de métrite chronique dépassait seulement de 4,4 p. 100 celle des utérus normaux.

c) Les altérations des vaisseaux sont variables; on en trouve de semblables sur des utérus normaux.

d) Il n'y a pas évidence de phlegmasie active.

2° La métrite chronique est une affection utérine à évolution lente. Dans la première période, l'utérus est simplement augmenté de volume, par hypertrophie du mésométrium; à un stade plus avancé, il tend à devenir plus dense, plus dur, mais non par augmentation du tissu connectif, ni par modifications phlegmasiques.

3° La métrite chronique n'est jamais une affection primaire, ordinairement elle succède à une endométrite chronique, mais elle peut être associée à une maladie pelvienne ou utérine déterminant une augmentation de la contractilité utérine, de sa vascularisation: fibroïdes, phlegmasies tubo-ovariennes, cancer, prolapsus, etc.

4° L'âge des femmes atteintes de métrite chronique va de 23 à 54 ans : 38,7 en moyenne, âge moyen bien au-dessous de celui de la ménopause, détail qui démontre que celle-ci n'en est pas le facteur.

5° Les symptômes sont principalement ceux de la maladie primaire. Au début, impossible de la distinguer de l'endométrite chronique. A un stade plus tardif, la grande hypertrophie de l'organe peut produire des symptômes, douleurs sacrées, hypogastriques, iliaques, effets de tractions sur les ligaments larges.

6° Le diagnostic de la métrique chronique se fonde beaucoup sur les résultats du traitement. Au début, tous les symptômes disparaissent après dilatation et curettage de l'utérus, résultat qui démontre bien que l'endométrite est cause première.

7° Dans la métrite chronique et l'endométrite chronique, le traitement local peut manquer de supprimer les symptômes : cela est dû probablement à une récidive de l'endométrite.

8° Quelques malades sont guéries par un traitement général : vie hygiénique, pas de fatigue, seulement quelques occupations pour distraire la malade de

ses malaises. Régularisation des garde-robes. La plupart des cas exigent le curettage, qui, en général, donne une grande amélioration. En quelques cas, très rares, les symptômes résistent même à des curettages répétés : *il n'est plus alors qu'un seul traitement efficace, l'hystérectomie.* Au *S. Mary's Hospital*, en 1905, 171 patientes furent curettées pour métrite chronique ou pour endométrite chronique, tandis que, durant cette même année, il ne fut pratiqué que 5 hystérectomies contre ces mêmes maladies de l'utérus.

R. L.

NOUVELLES

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIE

5me *session.*

La 5me session s'ouvrira à Alger le 1er avril 1907, sous la présidence de M. le professeur QUEIREL, de Marseille, président général (section d'obstétrique), de M. le professeur BOURSIER, de Bordeaux (section de gynécologie), de M. le docteur GUINON, de Paris (section de pédiatrie). Prix de la cotisation, membre titulaire : 20 francs ; membre associé : 10 francs. Envoyer les adhésions et communications à M. le professeur J. ROUVIER, secrétaire général, 52, rue Daguerre (Alger).

Liste des rapports.

OBSTÉTRIQUE. — *Cancer et grossesse* (Rapporteur, M. Oui).

GYNÉCOLOGIE. — *Prolapsus génitaux* (Rapporteur, M. Delanglade).

PÉDIATRIE. — *Le paludisme chez l'enfant* (Rapporteur, M. Crespin) ; *les splénomégalies chez l'enfant* (Rapporteur, M. Rist) ; *les anémies infantiles* (Rapporteur, M. L.-G. Simon) ; *les tumeurs du rein chez l'enfant* (Rapporteur, M. Mouchet) ; *les péritonites aiguës de l'enfant* (*non compris l'appendicite et la tuberculose*) (Rapporteur, M. Nové-Josserand).

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, rue Notre-Dame-de-Lorette.



PROFESSEUR F.-J. HERRGOTT

1814-1907

A LA MÉMOIRE

DU PROFESSEUR HERRGOTT (François-Joseph)

né le 12 septembre 1814 à Gebweiler (Alsace), mort le 5 mars 1907 à Nancy,

par le professeur A. Pinard (1).

Messieurs,

Dans la nuit du 4 au 5 mars est mort, à Nancy, le doyen vénéré de l'obstétricie française : François-Joseph Herrgott ! Si je n'ai pu l'accompagner à ses obsèques qu'avec de muettes et filiales pensées, je veux aujourd'hui, par devoir et par reconnaissance, vous esquisser la belle vie de ce grand et honnête homme, car cette vie tout entière constitue un admirable exemple.

François-Joseph Herrgott est né à Gebweiler, le 12 septembre 1814. Issu de cette vigoureuse race alsacienne, dont le sang nous est deux fois cher, il ne pouvait être qu'un laborieux. Il le fut incessamment et remarquablement.

Ayant la vocation médicale, possédant toutes les aptitudes physiques, intellectuelles et morales sans lesquelles on ne peut être un bon médecin, il alla faire ses études de médecine à Strasbourg. Là il fut l'élève assidu de Forget, Bégin et Stoltz. Il eut l'honneur d'être le chef de clinique de ces deux derniers.

Sa thèse de doctorat : *Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement*, soutenue le 30 décembre 1839 et couronnée en 1840 par la Faculté de Strasbourg, fait déjà pressentir l'orientation de ses travaux ultérieurs. Effectivement, bien que son activité dût s'exercer dans toutes les branches de l'art médical, ce fut l'obstétricie qui bénéficia surtout de son immense labeur.

En 1840, il vint à Paris pour se perfectionner, puis alla s'établir en 1841 à Belfort, où il exerça en qualité de chirurgien de l'hôpital et de médecin des épidémies.

(1) Leçon faite par le professeur A. Pinard, à la Clinique Baudelocque, le 10 mars 1907.



En 1853, s'ouvrit, à la Faculté de Strasbourg, un concours pour l'agrégation. Il concourut, et, simple praticien, il sortit victorieusement de la lutte après avoir soutenu une thèse sur : l'*Appréciation comparative des sections musculaires et tendineuses et des moyens orthopédiques* (27 décembre 1853).

Nommé agrégé, il se fixa à Strasbourg, où il professa et remplit les fonctions de médecin de l'hôpital civil jusqu'au moment de l'abominable guerre de 1870.

Pendant cette période, il enseignait conjointement la pathologie externe et l'obstétricie. Avec quel succès ? Ses élèves d'alors parmi lesquels je ne vous citerai que les noms de Straus, Mathias Duval, Kelsch et Lereboullet, n'en ont pas perdu la mémoire. « Ce fut mon premier maître, me disait hier Lereboullet, et je n'ai jamais oublié ses leçons ». L'ancien directeur du Val-de-Grâce, le directeur actuel de l'Institut supérieur de la vaccine, s'exprimait ainsi mardi à l'Académie : « Quel excellent et bon maître était le professeur Herrgott ! C'est lui qui me donna mes premières leçons et me fit aimer la médecine. Et bien souvent mon collègue Mathias Duval me confia qu'il devait exclusivement au professeur Herrgott ses premières notions d'embryologie ».

En 1857, il publia la traduction de Wigand sur *la Version par manœuvres externes*, et, en 1859, une note très intéressante sur les vomissements opiniâtres de la grossesse, où il montre déjà que l'interruption de la grossesse peut seule, dans certains cas, sauver la mère.

La valeur des travaux qu'il publia sur différents sujets de pathologie chirurgicale fut bientôt appréciée par la Société de chirurgie de Paris, et elle lui conféra le titre de membre correspondant en 1866.

Pendant le siège de Strasbourg, sa conduite, dictée aussi bien par ses sentiments patriotiques que par ses instincts philanthropiques et l'abnégation de soi-même, lui valut la décoration de la Légion d'honneur qui lui fut remise par le général Ulrich, sur les remparts de Strasbourg.

Subissant la loi du plus fort, il abandonna, le cœur saignant, la terre qu'il aimait tant et qu'il aima plus encore, si possible, pour venir avec la Faculté de Strasbourg s'établir à Nancy.

Là, il fut nommé professeur des cours théoriques d'accouchements en 1872. La chaire de clinique obstétricale avait pour titulaire Stoltz, digne successeur des illustres J.-J. Fried et Flamant.

Je profite de cette circonstance pour vous rappeler que la première clinique obstétricale fut fondée à Strasbourg en 1728.

En 1876, à la retraite de Stoltz, F.-J. Herrgott fut nommé professeur de clinique obstétricale.

Depuis longtemps, il recherchait les meilleurs procédés opératoires à employer pour guérir les fistules vésico-vaginales, si rares aujourd'hui grâce aux progrès réalisés en obstétrique, si fréquentes alors. De 1858 à 1884, il ne publia pas moins de huit mémoires ou notes sur ce sujet.

Aux travaux de gynécologie succèdent bientôt des travaux d'obstétricie.

En 1877, parut son fameux mémoire sur *le spondylizème ou affaissement vertébral comparé à la spondylolisthésis ou glissement vertébral*; et, en 1882, un nouveau mémoire contenant les documents les plus précieux pour l'étude de ces deux variétés de viciations pelviennes.

En 1878, il était nommé membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, et, en 1890, membre associé national de la même compagnie.

Il écrit les articles Toucher et Version, pour le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques;* l'historique de la version y est fait comme nulle part ailleurs. Il traduit, en 1884, le *Traité des déviations utérines* de Schultze. Il publie, en 1884, une *Esquisse historique sur l'extirpation totale de la matrice,* en rapportant l'opération princeps de Sauter.

Mais l'historien, qui s'était déjà affirmé par des travaux antérieurs, va dorénavant prendre le pas sur l'obstétricien.

En 1888, il fait paraître son mémoire sur les Chamberlen et Jean Palfin. En 1893, il publie son aperçu historique sur Semmelweis et l'antisepsie, et en même temps apparaît l'un des deux plus beaux fleurons de sa couronne, cette œuvre impérissable: la traduction de l'*Essai d'une histoire de l'obstétricie*, par E.-Gasp. de Siebold, à laquelle il ajouta un troisième volume renfermant l'histoire de l'obstétricie depuis 1845 jusqu'à nos jours.

Nous ne possédions jusqu'alors, en France, que deux ouvrages sur l'histoire de l'obstétricie, ouvrages parus à quelques années d'intervalle, l'un de Alph. Leroy : *la Pratique des accouchements ; première partie contenant l'histoire critique de la doctrine et de la pratique des principaux accoucheurs qui ont paru depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, pour servir d'introduction à l'étude et à la pratique des accouchements* (1776), l'autre de Sue (le Jeune) : *Essais historiques littéraires et critiques sur l'art des accouchements*; *ou recherches sur les coutumes,*

les mœurs et les usages des anciens et des modernes, dans les accouchements (1779).

Le premier de ces ouvrages est sans valeur au point de vue critique, l'auteur n'ayant pas la compétence nécessaire ; quant au second, il est caractérisé sans sévérité par de Siebold : travail exécuté sans plan précis, *rudis indigestaque moles.*

F.-J. Herrgott, fut donc l'historien de l'obstétricie française et on peut affirmer qu'il continua en l'étendant le chef-d'œuvre d'érudition et d'appréciations philosophiques de de Siebold.

Enfin en 1895, il nous donne la traduction longuement annotée du *Traité des maladies des femmes* de Soranus d'Éphèse !

Dans cette exhumation F.-J. Herrgott nous montre l'éclat de l'obstétricie au temps de Trajan et fait s'évanouir « le pénible contraste qu'on croyait exister entre les chefs-d'œuvre de l'esprit humain de cette époque, qui attestent une civilisation si élevée, et la pratique de l'art que l'on avait cru avoir été à cette époque si grossière et si barbare ». Il nous fait connaître le chef de l'école des méthodistes qui fut le plus grand gynécologue et le plus habile accoucheur de l'antiquité. Il replace justement Moschion au second plan, et nous donne la preuve que les ouvrages d'Aëtius et de Paul d'Égine n'ont été en somme que des échos de plus en plus affaiblis de la grande voix de Soranus.

Messieurs, vous ne serez point étonnés d'apprendre que l'Académie des sciences accueillit le professeur Herrgott comme membre correspondant en 1895. Ce fut le premier accoucheur siégeant à l'Institut.

En 1896, il publia une étude des plus documentées sur la carrière et les travaux de son maître, le professeur Joseph-Alexis Stoltz. Dans cette étude si suggestive, Herrgott se montre tout entier pour qui sait lire. On retrouve là, l'homme qui, tout en rendant justice à chacun, ne sait, ne peut, ne veut dissimuler la vérité, mais en jetant toutefois sur cette dernière un voile tissé d'indulgence et d'exquise bonté.

En novembre 1899, il donnait à la Société médicale de Nancy : *quelques mots sur l'histoire du traitement du pied bot.*

Messieurs, je vous rappelle que sa thèse de doctorat fut soutenue le 30 décembre 1839. Ainsi, pendant soixante ans, F.-J. Herrgott ne cessa de travailler et de faire profiter les autres de son travail !

Si l'on a écrit avec raison que « la vie n'est courte que par le mau-

vais emploi que l'on en fait », l'on peut dire que si la vie d'Herrgott fut longue, il l'étendit encore par son labeur incessant.

On a dit de Fontenelle qu'il avait eu l'heureux privilège de ne rien perdre avec les années, le vénéré doyen de l'obstétricie française a eu un privilège plus heureux encore : on a vu croître ses facultés à l'heure où communément l'homme fléchit sous le poids des années. F.-J. Herrgott avait 78 ans quand il publia l'essai d'une histoire de l'obstétricie, il avait 81 ans quand il publia le traité de Soranus.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer ici une biographie complète du professeur F.-J. Herrgott, mais, après avoir jeté un coup d'œil sur sa longue carrière et sur son œuvre scientifique, je désire cependant vous le faire connaître comme historien.

Toutes les qualités que doit posséder un véritable historien, étaient réunies chez lui d'une façon aussi complète qu'harmonieuse.

Humaniste grécisant et latinisant, joignant à la connaissance des langues mortes et vivantes une érudition incomparable, doué du véritable esprit philosophique, c'est-à-dire d'un esprit d'observation et de justice, possédant une compétence indiscutée et indiscutable, apportant à tout ce qu'il faisait ce souci de l'exactitude qui était la caractéristique de sa probité intellectuelle, ne mêlant à ses ouvrages aucun agrément aux dépens de la vérité, il ne pouvait apporter à l'édification de l'histoire que des documents choisis avec discernement et constituant toujours des matériaux de pure qualité.

Nul plus que lui n'a mieux démontré la nécessité et les avantages de l'histoire d'une science. Au début de la préface de la traduction de de Siebold, il cite avec amour les lignes suivantes empruntées au livre *Orator* que Cicéron adresse à Brutus : « Ignorer ce qui s'est passé avant sa naissance, c'est rester toujours enfant. Qu'est-ce que la vie de l'homme si l'on ne rattache au présent la mémoire des temps qui ne sont plus ? Et d'ailleurs, évoquer le passé, citer des exemples, c'est donner au discours, en même temps qu'un charme souverain, de l'autorité et du crédit. » C'est cette pensée qui a constamment inspiré le professeur Herrgott, qui l'a sans cesse guidé, éclairé dans ses travaux. Et en terminant cette préface, modestement il ajoute : « Si notre traduction et notre appendice pouvaient avoir pour effet de stimuler les études historiques trop délaissées dans nötre pays, ce serait la plus haute récompense dont notre travail pourrait être honoré, et, d'avance, nous

adressons à l'auteur d'une telle œuvre, l'expression de notre profonde gratitude pour l'immense service qu'il aura rendu, car l'histoire d'une science ou d'un art est indispensable à leurs progrès. Le reflet du passé éclaire le présent et guide l'avenir. »

Eh bien,ce service immense, c'est lui-même qui nous l'a rendu et c'est à lui-même que doit aller notre profonde gratitude.

Après avoir essayé de vous faire entrevoir la grande et belle figure médicale qui vient de disparaître en la personne du professeur F.-J. Herrgott, je vous demande la permission de vous esquisser, en quelques mots, sa silhouette physique et morale. De taille élevée, de physionomie bienveillante, avec des yeux gris et spirituels, son visage exprimait autant de finesse que de bonté. Ayant eu le bonheur inappréciable de l'approcher pendant plus de trente années, je pus constater chez lui toujours la même jeunesse d'âme. Évoquant des souvenirs intimes qui me sont particulièrement chers, je le vois chez mon maître Tarnier, à Arc-sur-Tille, nous charmant tous autant par sa bonne grâce que par sa patriarcale jeunesse.

Il aurait pu prendre cette devise : *bene agere ac lætari*, car il avait arrangé sa vie comme l'entendait la sagesse antique, c'est-à-dire de manière à chercher la sérénité dans la satisfaction que donne l'accomplissement des bonnes actions. Simple, modeste, fuyant même les apparences de la gloire, il ne chercha le bonheur que dans l'intimité de sa conscience. De lui aussi on peut dire que sa vie a coulé comme un ruisseau qui s'élargit insensiblement, mais qui, tout en gagnant en puissance, a gardé, tout le long de son cours, la limpidité de sa source.

Qu'il me soit permis, en terminant, d'ajouter que si sa vie ne fut point exempte de peines, supportées avec une courageuse résignation, il eut l'orgueil, bien légitime, au soir de sa vie, de se voir revivre dans un fils qui porte dignement un nom que le recul des années ne fera que grandir.

PRINCIPALES PUBLICATIONS DU PROFESSEUR F.-J. HERRGOTT

Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement. Thèse de doctorat, soutenue le 30 décembre 1839 et couronnée en 1840 par la Faculté de Strasbourg.

Notice biographique sur le docteur Lollier. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1851, p. 276.

Hydrocéphalie et spina bifida. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1852, p. 332.

Appréciation comparative des sections musculaires et tendineuses et des moyens orthopédiques. Thèse de concours d'agrégation, 27 décembre 1853.

Observation sur la luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853, p. 329.

Conseils pour se préserver du choléra, par K. PFEUFER, professeur à l'Université de Heidelberg (traduction), 1854.

Une visite à l'Exposition. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 373.

Névralgie faciale, résection du nerf sous-orbitaire, etc. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1857, p. 86.

Version par manœuvres externes, par WIGAND (traduction), 1857. Paris, J.-B. Baillière et fils, édit.

Études médicales sur les poètes latins, par MÉNIÈRE. Feuilleton dans la *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1858, p. 193.

Deux observations de fistules vésico-vaginales, guérison. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1858, p. 65.

Vomissements opiniâtres pendant la grossesse, état grave de la femme, avortement provoqué, guérison. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859, p. 134.

Le professeur Bégin. Notice historique, Strasbourg, 1859.

Le docteur Bauer. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1860, p. 9.

Règles pratiques de l'administration du chloroforme *Bulletin général de thérapeutique*), 1862.

Examen des perfectionnements récents dont a été l'objet l'opération de la fistule vésico-vaginale, avec trois opérations nouvelles pratiquées avec succès. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1863.

Étude historique sur l'opération de la fistule vésico-vaginale. Mémoires de la *Société de médecine de Strasbourg*, 1864, in-8 avec figures.

Imperforation de l'anus, communication du rectum avec le vagin, opération, guérison. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866, p. 81.

Rétrécissement du canal de l'urèthre, uréthrotomie. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866, p. 18.

Notice sur le docteur Lereboullet, doyen de la Faculté des sciences. Strasbourg, 1866.

Arrachement de l'œil par une clef. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1867, p. 274.

Nouveau mode de traitement des tumeurs érectiles. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868, p. 66.

Infection purulente, utilité de la thermométrie comme moyen de diagnostic. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868, p. 161.

Le traumatisme, discours d'ouverture de la clinique obstétricale. Strasbourg, 1868.

Excursion dans l'Engadine, Strasbourg, 1868. Extrait de la *Revue d'hydrologie médicale française*.

Des accidents dans la chloroformisation, discours prononcé à la *Société de médecine de Strasbourg*, dans la discussion sur le chloroforme. Strasbourg, 1869.

Chronique médicale de la guerre. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870, p. 265.

Les ambulances de Strasbourg, Grand et Petit Séminaires. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870, p. 264 et 280.

Notice sur le professeur Küss. Strasbourg, O. Berger-Levrault, édit., 1872.

La Société de médecine de Strasbourg depuis 1842 jusqu'en 1872. Strasbourg, Berger-Levrault, édit., 1872.

Hématocèle retro-utérine avec accident d'étranglement interne. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1871-1872, p. 289.

De l'oblitération du vagin comme moyen de guérison de l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substance. Note et observations présentées à l'Académie des sciences. *Gaz. méd. de Strasbourg*, octobre 1872.

Du traitement des fistules vésico-vaginales. *Mémoires de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 86, in-4 avec fig.

Appareil d'Esmarch pour la compression des membres dans les opérations. *Rev. méd. de l'Est*, I, 1874, p. 204.

Rétention du fœtus mort dans l'utérus. *Rev. méd. de l'Est*, III, 1875, p. 301.

Les tumeurs de la vessie et leur extirpation. *Rev. méd. de l'Est*, IV, 1875, p. 141.

De l'oblitération du vagin, etc., avec observations nouvelles. Mémoire présenté à l'*Académie de médecine*, 1875.

Nouveaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies de la vessie chez la femme. *Annales de gynécologie*, janvier 1876.

Maladies des voies urinaires. État actuel de la science (d'après le Traité pratique et les leçons cliniques de THOMPSON). *Rev. méd. de l'Est*, VI, 1876, p. 65.

De l'oblitération du vagin, etc. Rapports et discussions sur cette méthode opératoire à l'Académie en 1845 et en 1875. (*Bulletin de l'Académie*, 15 mars 1875, p. 297 et *Rev. méd. de l'Est*, t. III, p. 257.

Traitement des fistules vésico-vaginales, méthode de Bozemann, nouvelle série d'observations. *Annales de gynéc.*, septembre et octobre 1884.

Des gouttières en linge plâtré moulées directement sur les membres. Paris, Berger-Levrault et J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1874.

Des injections sous-cutanées d'ergotine. *Rev. méd. de l'Est*, t. XI. 1879, p. 385.

De la dégénérescence hypertrophique des parties génitales externes chez la femme. Quelques observations présentées à la *Soc. de méd. de Strasbourg*. Berger-Levrault, 1872.

Articles **Toucher** et **Version** dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Ovariotomie et opération de Porro. *Rev. méd. de l'Est*, t. XIII, 1881, pp. 609 et 648.

Enchatonnement du placenta, mort de la malade, autopsie. *Rev. méd. de l'Est*, t. XIV, 1882, p. 4.

Dystocie fœtale causée par la rétention d'urine et une ascite abdominale. *Rev. méd. de l'Est*, t. XV, 1883, p. 481.

Opération de bec-de-lièvre compliqué. *Rev. méd. de l'Est*, t. XV, 1883, p. 399.

Le Spondylizème ou affaissement vertébral comparé à la Spondylolisthésis ou glissement vertébral. *Annales de gyn.* et *Arch. de Tocol.*, 1877.

Spondylizème et Spondylolisthésis, nouveaux documents pour l'étude de ces deux espèces de lésions pelviennes. *Annales de gynéc.*, mai 1882.

Le docteur Constant Soucerotte (*de Lunéville*). Notice biographique, Nancy, Berger-Levrault, édit., 1885.

Soranus d'Ephèse accoucheur. Contribution à l'étude de la version podalique. Extrait des *Annales de gynéc.*, 1882.

Extirpation de la matrice, Esquisse historique, opération princeps de Sauter. G. Steinheil, 1885.

Un accouchement à travers un bassin rétréci. *Rev. méd. de l'Est*, t. XVIII, p. 172, 1886.

Castration des femmes. *Rev. méd. de l'Est*, t. XIX, 1887, p. 199.

Les Chamberlen, Jean-Palfin, d'après le travail d'AVELING par SAENGER, traduction avec commentaires, *Annales de gynécologie*, janvier 1888.

La nature et le traitement de la fièvre typhoïde (*Rev. méd. de l'Est*, t. XX, 1888, p. 758).

Communication sur la **Syphilis cérébrale.** *Soc. de méd. de Nancy*, 11 nov. 1891.

Aperçu historique sur Semmelweis et l'antisepsie. *Rev. méd. de l'Est*, t. XXX, 1893, p. 545.

Traité des déviations utérines, par le professeur SCHULTZE, de l'Université d'Iéna, traduction, Octave Doin, édit. Paris, 1884.

A propos du massage dans le traitement des fractures. *Rev. méd. de l'Est*, t. XXVIII, 1896, p. 568.

Essai d'une histoire de l'obstétricie, par E.-GASP DE SIEBOLD, traduit de l'allemand avec additions, figures et appendice, 3 vol., G. Steinheil, édit., 1893.

Soranus d'Ephèse, traité des maladies des femmes et Moschion son abréviateur, traduits et annotés, 1 vol., p. 237. Nancy, Berger-Levrault et Cie, édit., 1895.

Le professeur Joseph-Alexis Stoltz. Sa carrière et l'analyse de ses travaux. Extrait des *Annales de gynécologie*, nov. 1896, G. Steinheil, édit.

Quelques mots sur l'histoire du traitement du pied bot. *Soc. de méd. de Nancy*, 8 nov. 1899.

VARIOLE ET GROSSESSE

Par le professeur **QUEIREL.**

Si l'on doit être opportuniste, politique à part, c'est certainement quand on est professeur de clinique obstétricale. Je veux dire par là, qu'on doit saisir les occasions qui se présentent d'étudier une question quand on en a les éléments en mains.

C'est dans cette pensée que nous avons cru qu'il serait intéressant pour vous de voir traiter, au milieu de l'épidémie que nous traversons, le sujet de l'influence de la variole sur la grossesse.

Vous auriez pu voir, en effet, et quelques-uns d'entre vous ont vu, ces jours passés, une femme en travail, évacuée du pavillon 4 où elle était soignée d'accidents syphilitiques secondaires et, pour spécifier, de plaques muqueuses à l'anus. M. Terras, notre interne, l'a délivrée à l'aide du forceps. Je vous ai fait même remarquer la conformation singulière de la tête de l'enfant, dont nous retrouverons l'histoire dans une autre leçon. Cette femme avait, le soir de son accouchement, une forte fièvre qui continua jusqu'à son évacuation chez les varioleuses, où elle est encore en ce moment, atteinte d'une variole assez discrète. L'enfant avait succombé le troisième jour. Il est certain qu'elle était en période d'incubation de la petite vérole quand on nous l'a envoyée; comme elle était à terme, d'une part, et que, de l'autre, son enfant est mort d'une hémorragie méningée, nous ne pouvons en tirer aucune conclusion à propos de la variole compliquant la fin de sa grossesse.

Mais nous avons une statistique, prise avec grand soin par M. Terras, dans le service des varioleuses, où nos observations, encore que peu nombreuses (elles sont au nombre de 19), nous permettront d'aborder quelques points importants de cette question pleine d'actualité.

Ce n'est point sans raison que, de tout temps, on a considéré l'influence de la variole sur la grossesse comme des plus fâcheuses et d'une valeur pronostique des plus graves. Mais si tout le monde est

d'accord sur ce point, les modernes comme les anciens, quoique peut-être différant sur la mesure de cette gravité, il reste, sur le pourquoi, quelques points d'interrogations qui ne sont pas encore nettement élucidés, par exemple la cause de l'avortement, et qui se recommandent à toute la sagacité des observateurs.

Ce que tout le monde admet, c'est que de toutes les fièvres éruptives et peut-être de toutes les maladies aiguës, y compris la pneumonie, la variole est celle qui est la plus fatale à la mère et au fœtus ; 52,60 p. 100 des cas recueillis dans notre hôpital, sans doute à raison de la forme grave de l'épidémie, sont des décès maternels, et 73 p. 100 si l'on envisage le sort des fœtus.

Barthélemy avait observé, en 1881, que si la grossesse était avancée la mère courait 60 risques p. 100 de succomber et très peu de temps après l'accouchement.

Les statistiques brutes qui comprennent toutes les formes de la maladie donnent des chiffres moins élevés, les varioles discrètes compensant les varioles graves. Mais le nombre des décès s'élève encore à 37,86 p. 100, c'est la moyenne des quatre suivantes :

Queirel	19 cas	10 décès	
Charpentier . . .	92 —	34 —	(réunion de plusieurs cas publiés dans son ouvrage).
San-Gregorio(Milan).	72 —	26 —	
Barthélemy. . . .	23 —	8 —	
Total. . . .	206 cas	78 décès.	

Soit 37,86 p. 100.

L'accord se fait aussi, parmi les auteurs, sur la provocation fréquente de l'avortement ou de l'accouchement prématuré :

Queirel.	19 cas	4 avortements
Charpentier	92 —	40 —
San Gregorio	72 —	31 —
Talamon	24 —	14 —
Richardière	13 —	6 —
Couremenos	28 —	7 —
Roger	25 —	7 —
Barthélemy	23 —	11 —
Total	296 cas	130 avortements.

Presque 44 p. 100, exactement 43,90 p. 100.

Si l'on constate que ces statistiques sont assez différentes, cela

tient à ce que, dans les épidémies qui en ont donné les éléments, la forme de la maladie affectait une gravité différente aussi. Celle que nous venons d'observer, par exemple, était surtout hémorragique et voilà pourquoi notre relevé est plus noir que les autres.

Vous voyez déjà, Messieurs, que la variole est une complication redoutable pour la grossesse; mais ces statistiques brutes, globales, ne sauraient vous donner une juste idée du rapport quelquefois excessif de la mortalité et de l'interruption fatale de la gestation dans toutes les formes de la maladie.

En effet, ces chiffres comprennent des cas bien différents relativement à l'intensité de l'affection et c'est ainsi que ces deux résultats: mort de la mère et mort du fœtus, deviennent plus fréquents à mesure qu'on observe des varioles discrètes, cohérentes, confluentes ou hémorragiques.

Je dirai presque que dans les varioles discrètes, le pronostic n'est pas assombri par la gravidité et que l'avortement qui s'y constate plus rarement est sans préjudice pour la guérison de la mère et la terminaison heureuse de l'accouchement.

Dans nos observations nous avons noté l'interruption de la grossesse dans 1/8 des cas.

Mais déjà dans la forme cohérente, si la mère guérit souvent, l'avortement y devient plus fréquent.

Statistique Queirel. . . .	1 cas	1 avortement
— Roger	8 —	2 —
Total	9 cas	3 avortements.

ce qui fait un tiers des cas. Mais c'est là des chiffres bien minimes pour établir une proportion. Cela vient de ce que la forme cohérente pure est assez rare et que bien des varioles cohérentes ne tardent pas à devenir confluentes, et dans celles-ci la mortalité pour la mère et l'enfant donne une bien plus grande proportion.

Statistique Queirel . . .	2 cas	2 avortements	2 décès
— Charpentier .	34 cas	18 —	17 —
— Couremenos .	10 —	4 —	3 —
Total. .	46 cas	24 avortements	22 décès.

Soit 47,8 p. 100 de décès.

Soit 52 p. 100 d'avortements.

Mais si nous arrivons jusqu'à la variole hémorragique, nous sommes réellement effrayés par cette mortalité, à ce point qu'on peut dire qu'elle est presque toujours mortelle, pour la mère et pour l'enfant.

Statistique	Queirel . . .	8 cas	8 avortements	8 décès
—	Legroux. . .	2 —	1 —	2 —
—	Charpentier .	13 —	13 —	13 —
—	San-Gregorio .	3 —	3 -	3 —
—	Roger . . .	4 —	3 —	3 —
	Total. . . .	30 cas	28 avortements	29 décès.

Soit 96,66 p. 100 de décès.

Soit 93,33 p. 100 d'avortements.

Et l'on comprendra mieux à présent cette parole découragée de Serres : « Avortement et mort, voilà ce qui nous reste de ce triste nécrologue et ce qui justifie le pronostic terrible de la variole chez les femmes enceintes. »

Nous en tirerons quelque enseignement à la fin de cette leçon.

Messieurs, je vous demande pardon de tous ces chiffres, mais ils étaient nécessaires pour établir d'emblée la gravité de l'affection que nous étudions et dans les conditions que nous l'étudions, c'est-à-dire dans la gestation.

Les auteurs se sont demandé le rapport étroit qui existe entre l'avortement et l'issue funeste de la maladie pour la mère. Je ne crois pas que l'avortement augmente la gravité du pronostic.

Beaucoup des femmes qui avortent ne meurent pas, ce qui est d'observation courante, mais toutes celles qui meurent avortent et accouchent prématurément. Il n'y a d'exception que pour les cas où la variole évolue tellement rapidement que l'utérus n'a pas eu le temps d'expulser le produit de la conception et dans cette occurrence le fœtus est toujours mort.

Cette question de l'avortement nous intéresse au premier chef, nous autres accoucheurs, et on en a cherché la cause déterminante sans s'arrêter jusqu'ici à rien de décisif.

S'il est vrai, comme le dit mon éminent maître et ami, le professeur Pinard, « qu'il paraît certain qu'on n'a trouvé, en aucun cas, de lésions du placenta ou des membranes », cette constatation ne saurait être acceptée que pour les lésions macroscopiques.

S'il est vrai que, dans la pluralité des cas, la métrorragie n'est

qu'un symptôme de l'avortement plutôt qu'elle n'en est la cause, il faut en excepter les cas de variole hémorragique, dans lesquels des suffusions sanguines se montrent sous la peau ou sous les muqueuses et donnent lieu à des épitaxis nasales ou utérines ; et il me semble plausible d'accepter le décollement de l'œuf pour ces sortes d'hémorragies ? Je n'en veux pour preuve que la sortie en bloc d'œufs de 5 mois et au-delà.

Dernièrement le professeur Pinard citait un cas d'hémophilie où il fut impossible de préciser la cause d'un accouchement prématuré, soit par l'interrogatoire de la femme, soit par l'examen des annexes. Mais dans l'hémophilie, comme dans la variole, n'est-ce pas le sang qui peut être incriminé ?

Dans les cas non seulement d'avortement, mais d'accouchement prématuré et même à terme, où l'œuf sort intact, en bloc, nous pensons qu'il y a toujours altération des liens utéro-placentaires qui prépare, en quelque sorte, ou du moins facilite le décollement. Les recherches microscopiques, entreprises sur notre initiative, par notre ancien chef de clinique, le docteur Dumon, quoique peu nombreuses encore, semblent confirmer cette manière de voir. Mais je le répète, ces lésions ne sont point incompatibles avec le décollement par hémorragie ; bien au contraire, et elles seraient plutôt comparables à celles qui, dans l'albuminurie gravidique, produisent ces foyers sanguins dus à l'extravasation, à l'infiltration du sang et à l'altération secondaire des capillaires des villosités choriales. On sait que ces épanchements, ces hématomes, peuvent acquérir un volume tel qu'ils constituent une des complications les plus graves de la grossesse. Je veux parler du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Du reste la constitution normale du placenta ne fournit-elle pas l'exemple d'une hémorragie en quelque sorte physiologique, circonscrite directement par des cellules fœtales ?

Vous ne trouverez donc pas étonnant que nous laissions de côté les causes, à notre avis, banales qu'on a invoquées, telles que l'hyperthermie et la rachialgie. La saturation du sang artériel par l'acide carbonique a été aussi invoquée pour expliquer les contractions utérines prématurées. Brouardel était de cet avis, Chambrelent, de Bordeaux, y ajoute, nous semble-t-il, une trop grande créance ; car fondée sur l'expérimentation de Brown-Séquard pour expliquer la cause déterminante de l'accouchement, cette théorie n'a pas été confirmée par l'expé-

rience clinique et vous savez, d'autre part que le fœtus n'a pas besoin, pour suffire à son hématose, du même coefficient d'oxygène que l'enfant déjà venu au monde. Nous admettons aussi une autre cause plus en harmonie avec les données modernes sur les fonctions hématiques du placenta et qui vient éclairer, au point de vue clinique, la transmission de la variole de la mère au fœtus. Qu'il y ait des cas de variole congénitale, intra-utérine, cela n'est pas douteux. L'observation rigoureuse le prouve surabondamment et l'on est bien forcé d'accepter ces faits, malgré la difficulté de les interpréter et malgré les obscurités qui règnent encore sur le processus qui les produit.

Il existe une loi, appelée Brauell-Davaine, qui pourrait bien être aujourd'hui moins absolue qu'on ne le croyait encore ces dernières années, jusqu'à la thèse de Chambrelent, 1883. Cette loi consacrait la supériorité du filtre placentaire, comme s'opposant au passage dans les villosités choriales des éléments figurés, contenus dans le sang maternel, la bactéridie charbonneuse en particulier. Mais cette loi consacrait aussi, d'autre part, la réalité de l'impuissance des liquides, chargés de toxines microbiennes, de communiquer au fœtus la maladie infectieuse de la mère. Il fallait que les microbes passassent dans le sang fœtal pour reproduire les mêmes désordres constatés chez la mère. C'est ce que Charrin appelle l'*hérédité directe*. Si du sang filtré par le placenta n'infecte pas le fœtus ou ne le rend pas indemne, c'est que celui-ci n'a pas reçu l'imprégnation. Il manque à son organisme la présence d'éléments figurés, qui se sont arrêtés dans le placenta maternel exclusivement. Mais il n'en est plus ainsi si les micro-organismes peuvent y entrer avec effraction, en un mot si le placenta fœtal, si les villosités choriales ne sont point en parfait état d'intégrité. Et alors Malvoz semble mettre tout le monde d'accord en expliquant les défaillances de la loi d'arrêt, par une altération préalable des villosités, déchirures plus ou moins importantes, plus ou moins apparentes. Certes c'était une explication : quand la maladie se communiquait de la mère au fœtus, déchirure placentaire, passée inaperçue ; quand elle ne se communiquait pas, intégrité du placenta.

Vous avouerez, qu'en tout cas, c'était une explication à posteriori et qu'elle était peu scientifique. Aujourd'hui, nous en avons de fondées sur une étiologie plus positive.

Dans une telle question, si l'on peut négliger les résultats négatifs comme ne prouvant rien ou pas grand'chose, il n'en est pas de même

des résultats positifs et c'est à prouver la réalité et la fréquence de ceux-ci que plusieurs savants se sont employés et avec succès, du moins nous le croyons.

Avec le temps, l'expérience et l'étude pratique des cultures, on a pu se convaincre que la bactéridie du charbon avait été mal choisie pour étayer la loi, séduisante d'ailleurs, de Brauell-Davaine. Si, en effet ce micro-organisme trop gros ne passait pas par osmose dans la villosité choriale, d'autres, plus petits ou plus agités, traversaient le double revêtement qui isole cette villosité du lac sanguin dans lequel elle baigne ; le microbe du choléra des poules, par exemple, qui a servi à Chambrelent pour démontrer juste le contraire de ce qu'avait dit Davaine, à savoir la possibilité du passage sans effraction de quelques éléments figurés dans le placenta fœtal.

Ceux-ci, d'ailleurs, y sont toujours en petit nombre, surtout comparés à ceux que l'on trouve dans le sang de la mère et c'est ce qui explique l'incertitude qui a régné si longtemps sur cette question. L'examen direct, il faut bien le dire, est très difficile, mais nous avons heureusement un réactif des plus sensibles pour révéler et attester la présence des microbes dans une humeur, c'est l'inoculation de celle du fœtus à des animaux sains, c'est la méthode des cultures dont les résultats positifs reproduisent l'infection maternelle. Quand on fait l'autopsie d'enfants morts *in utero*, on trouve déjà leurs organes splanchniques intéressés et présentant des lésions dues à l'infection microbienne. Or, c'est par le sang fœtal qui charrie les bactéries puisées dans le sang maternel que se produisent, que se transmettent ces lésions pathologiques. Et le cas qui nous occupe ne saurait faire une exception à la loi Pasteur : que, dans les maladies à microbes, la virulence est fonction exclusive du microbe. Bollinger, en voulant confirmer la loi Bauell-Davaine, est venu apporter un argument nouveau en faveur de la perméabilité du placenta. Il a démontré, d'une façon plus claire et plus précise encore que ses devanciers, que c'était bien les bacilles eux-mêmes qui renferment le contage et non les liquides du sang, puisque le fœtus qui est privé des bacilles ne donne que des inoculations négatives. D'où il faut conclure que quand les inoculations sont positives, et les expériences de Strauss et Chamberland prouvent qu'elles le sont souvent, c'est bien que le sang du fœtus renfermait des bacilles. Il ne reste, pour expliquer cet ordre de fait, que la déchirure placentaire, toute hypothétique, si l'on ne veut pas admettre la perméabilité de l'organe intact.

Si nous voulions entrer dans plus de détails, nous dirions que d'autres microbes que ceux du charbon, d'autres organismes que ceux de la variole ont été l'objet d'études de chercheurs consciencieux, de Netter pour le pneumocoque, de Marchand, pour le charbon ; de Chantemesse et Widal et d'Eberth, lui-même, pour le microbe qui porte son nom, et enfin, de Roger et Weil qui auraient trouvé le véritable micro-organisme propre et spécial à la variole ; études confirmatives de la preuve de leur passage à travers le placenta fœtal intact. On peut se demander si l'infection variolique du fœtus ne serait pas due au passage d'un aérobie, avide d'oxygène, qui envahirait rapidement le sang ?

De toutes ces recherches délicates, il faut retenir ceci : qu'elles expliquent les différences que nous rencontrons en clinique et leur apparence contradictoire, soit de la variole transmise au fœtus d'une façon appréciable, *in utero*, soit de la variole transmise, manifeste, seulement après la naissance, la période d'incubation commencée dans le sein maternel, soit enfin de l'immunisation du fœtus, en quelque sorte inoculé faiblement et, tout cela serait conforme à la doctrine et à la pratique de Chauveau et par conséquent, résulterait de la variabilité des doses microbiennes intra-utérines. Enfin, la non-immunisation de l'enfant qui peut se démontrer par les résultats positifs d'une vaccination, quelques jours après la naissance. Il va sans dire que les premiers seront réfractaires à la variole et à la vaccine. C'est ce que nous avons constaté, ces jours-ci, chez une de nos femmes grosses qui avait eu une variole discrète au cinquième mois et dont l'enfant a été vacciné sans succès, et en même temps nous avons vu une des femmes qui a accouché à terme, malgré une variole au neuvième mois, donner le jour à un enfant vacciné avec succès quelques jours après sa naissance. On peut dire que si le premier de ces nouveau-nés a subi la loi commune de l'hérédité, comme l'entendait Charrin, le second n'a fait exception que parce que sa mère, comme dans les syphilis de la fin de la grossesse, n'a pas eu le temps de le contaminer ou plutôt de l'immuniser.

Nous conclurons donc que c'est par la transmission au fœtus du microbe, encore inconnu ou peu connu, de la variole, lequel détermine des phénomènes septicémiques et des lésions placentaires microscopiques, que l'on doit expliquer l'avortement.

Quoi qu'il en soit, nous observons cet avortement à toutes les périodes de la maladie et aux divers âges de la grossesse, avec une égale fré-

quence et il nous semble que l'on n'est pas autorisé à affirmer que l'âge de la grossesse influe sur le double pronostic de son interruption ou de la gravité de la maladie.

Parmi nos malades, l'une d'elles a avorté à 6 mois de 2 jumeaux, avec placenta unique. Aucun des fœtus n'avait de traces de variole, mais il faut que vous sachiez que, des 2 jumeaux, dans d'autres cas, un seul peut avoir reçu la contamination. Fumée, de Montpellier, en a publié un exemple. Kaltenbach cite une observation d'une grossesse trigémellaire où 2 fœtus furent atteints de la variole et le troisième fut indemne. Ceci s'est observé aussi et plus nettement dans les expériences de Straus et Chamberland. En effet, voici le résumé de leur vingt-quatrième : femelle cobaye pleine, inoculée avec culture virulente, le 9 décembre, à 5 heures du soir. Morte du charbon le 11 au matin, autopsie à 11 heures. L'utérus contient 2 fœtus. Les trois flacons de bouillons ensemencés avec le sang de l'un des fœtus demeurent stériles ; les trois flacons ensemencés avec le sang de l'autre fœtus ont cultivé tous les trois.

Vous n'ignorez pas que les femelles de quadrupèdes ont une matrice bicorne et pour que de pareils résultats soient obtenus, il faut qu'il y ait deux œufs. De même chez la femme, ce résultat d'un seul enfant atteint ne peut s'observer que dans les grossesses bivitellines. Enfin, il n'est pas nécessaire que la mère ait elle-même la petite vérole pour que le fœtus la contracte *in utero*. Si l'on en croit les auteurs, l'illustre Mauriceau naquit avec des stigmates de variole, alors que sa mère indemne soignait peu avant la naissance du célèbre accoucheur son frère atteint de cette maladie.

Blot et Devillier ont cité des cas semblables. Chaigneau rapporte le cas d'une fille de salle des varioleuses qui, au huitième mois, accoucha d'un enfant présentant des pustules varioliques quoiqu'elle-même n'ait pas eu la variole.

Chantreuil nous donne une observation doublement intéressante, en ce sens qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire où un seul fœtus avait la variole, la mère ne l'ayant pas elle-même.

De pareils faits sont d'une explication difficile ou au moins confuse. Il faut les accepter et les enregistrer en attendant que la science expérimentale nous fournisse d'autres raisons que des hypothèses. Même difficulté pour expliquer le fait suivant, publié par Legros : une femme avorte à 5 mois d'un fœtus couvert de pustules varioliques, la mère

n'en portant pas de traces. Elle avait été vaccinée, mais elle avait eu des rapports 5 mois avant son avortement avec un convalescent de variole !... Comment a-t-il pu se faire que l'enfant seul ait été infecté et que cette infection ovulaire ait respecté la mère ? Messieurs, tous ces cas sont des raretés. Il est bon cependant de les connaître, ne fût-ce que pour ne pas en être surpris quand on les rencontre dans la pratique et ne pas croire qu'on est les premiers à les avoir vus! Mais ce qu'il faut retenir, c'est la gravité de la variole et du résultat obstétrical. Il faut surtout chercher à atténuer cette gravité, puisque l'avortement est en raison directe de l'intensité de la maladie et de la forme de l'éruption. Il n'est qu'un moyen de le combattre cet avortement, c'est d'obtenir des petites véroles discrètes, en vaccinant et revaccinant toutes les femmes enceintes à la première menace d'épidémie ou quand accidentellement elles sont en contact direct ou même éloigné avec des varioleux. Il est prouvé par des chiffres authentiques et des statistiques contrôlées que la revaccination positive met à l'abri de la contagion et que dans les cas exceptionnels où elle s'effectue, malgré ce préservatif, la variole est toujours plus discrète et par conséquent moins abortive.

Messieurs, nous avons traité la question plus en accoucheur qu'en médecin, vous ne m'en voudrez pas, puisque vous êtes ici pour parfaire votre éducation obstétricale.

OBSERVATION Nos	AGE de la grossesse	ÉVOLUTION		
V	3 mois	Avortement	Décès.	
XI	4 —	—	—	
VIII	5 —	—	—	Expulsion de l'œuf entier.
XVIII	5 —	—	—	
X	5 — 1/2	—	—	Procidence du bras et du cordon. Morte pendant l'avortement.
IX	6 —	—	—	Hémorragie de la délivrance.
XII	6 —	—	—	Deux jumeaux. Placenta unique.
I	7 —	Acc. prémat.	—	Enfant né vivant, mort en quelques heures. Hémorragie. Délivrance artificielle. Massage de l'utérus. Injection intra-utérine chaude. Ergotinine. Hémorragie persistante malgré tout. Mort en deux heures.

8 cas de variole hémorragique — 8 interruptions de la grossesse.

OBSERV. N°s	FORME de la variole	AGE de la grossesse	ÉVOLUTION Avortement	ÉVOLUTION Évolution normale	SUITES
IV	Discrète	2 mois	A		Deux avortements antérieurs de cause indéterminée. Curage digital. Guérison.
XV	Discrète	2 — 1/2		E. N.	Guérison.
XIII	Confluente	3 —	A		Décès.
VI	Confluente	4 —	A		Décès par broncho-pneumonie-variole.
VII	Discrète	5 —		E. N.	Guérison.
II	Cohérente	6 —	A		Guérison.
XVII	Discrète	6 — 1/2		E. N.	Guérison.
XVI	Discrète	7 —		E. N.	Guérison.
XIV	Discrète	8 —		E. N.	Guérison.
III	Discrète	9 —	Acc. normal à terme.		Guérison.
XIX	Discrète	9 —	Acc. normal à terme.		Guérison.

11 cas : 4 avortements à 2 mois, 3 mois, 4 mois et 6 mois de varioles graves. — 7 cas où la grossesse n'a pas été interrompue : variole discrète.

2 enfants nés à terme vivants : IV, bien portant sans trace de variole. XIX, sans trace apparente de variole, vacciné avec succès.

2 décès variole confluente, 3 et 4 mois. 2 avortements.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
Professeur AUGUSTE POLLOSSON.

ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS CONCERNANT LES TROUBLES URINAIRES
DANS LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Par le docteur **TRILLAT**, moniteur de clinique obstétricale.

La question des complications vésicales de la rétroversion de l'utérus gravide a été traitée par un grand nombre d'auteurs depuis le travail princeps de MM. Pinard et Varnier paru dans les *Annales de gynécologie* de 1886. Si ce mémoire a fixé quelques particularités importantes et élucidé l'anatomie pathologique et la pathogénie de la cystite gangréneuse, il reste néanmoins un certain nombre de points à étudier, relatifs au fonctionnement de la vessie, qui n'ont pas été abordés dans ce travail, ni définitivement tranchés dans les publications qui ont suivi.

Ces points, sur lesquels nous désirons attirer l'attention et faire porter une discussion, sont les suivants :

1° Quel est le mécanisme de la rétention d'urine ?

2° Comment peut-on expliquer les corrections de la rétroversion par le simple cathétérisme évacuateur ?

3° Quelle est la signification du symptôme particulier décrit par Laroyenne et que nous pouvons noter dans nos deux observations, à savoir : la miction sous l'influence d'une faible pression sur les parties postéro-inférieures du vagin ?

Nous avons profité de deux observations provenant de la clinique gynécologique de Lyon et des idées exprimées par M. Auguste Pollosson dans une leçon clinique qu'il a faite à leur occasion pour essayer d'entreprendre l'étude de ces points.

OBSERVATION I (*inédite*) M. Trillat, interne du service. — L. X..., 41 ans, vient de la Haute-Savoie, envoyée avec le diagnostic de rétention d'urine.

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents personnels. Mariée à 21 ans, VI pare, elle a eu quatre enfants vivants. Le dernier a trois ans.

En 1902, cinquième grossesse, elle accouche à terme d'un enfant mort depuis quinze jours environ. Les suites furent normales.

En *octobre* 1903, la malade devient enceinte pour la sixième fois. Les dernières règles datent du 1er octobre. Les premiers mois de la grossesse furent bien supportés. En janvier 1904 surviennent quelques symptômes urinaires, consistant en une gêne assez marquée de la miction, l'émission de l'urine est pénible, l'envie d'uriner fréquente. Constipation très marquée.

Cet état se poursuit sans aggravation jusqu'au 5 février. A cette date se produit une hémorragie assez abondante arrêtée spontanément : une sage-femme appelée aurait dit qu'il y avait paralysie de la vessie, cependant le cathétérisme ne fut pas pratiqué. L'hémorragie laissa après elle des douleurs abdominales et lombaires vives, presque constantes. La constipation, qui avait apparu dans les semaines précédentes, devint très opiniâtre et fut combattue par des lavements quotidiens. Il semble que l'évacuation du contenu intestinal ait calmé les douleurs abdominales, qui diminuèrent d'intensité. Néanmoins il fut impossible d'obtenir des évacuations alvines régulières, et la constipation persista. Les symptômes urinaires augmentaient en même temps; l'expulsion de l'urine se faisait de plus en plus difficilement, malgré les nombreuses tisanes prises pour combattre cette dysurie.

Le 20 *février*, nouvelles douleurs abdominales. Le ventre se mit à grossir en quelques jours et la miction spontanée devint impossible. Le médecin appelé dut sonder la malade ce jour-là; il retira une urine claire, d'une quantité de 5 litres environ. Le cathétérisme fut accompagné d'un soulagement immédiat des douleurs.

Le lendemain, on dut sonder la malade à nouveau, aucune miction spontanée n'avait eu lieu dans l'intervalle. Les jours suivants, le médecin vint la sonder toutes les vingt-quatre heures seulement à cause de l'éloignement.

Pendant neuf jours la vessie est ainsi vidée quotidiennement une seule fois : pendant tout ce temps l'urine reste claire.

Le 29. — La sonde retire du pus à la fin du cathétérisme : l'état général s'aggrave.

Les douleurs, qui avaient été soulagées par les premiers sondages, reparaissent très vives, elles ne laissent aucun repos à la malade, dont les jambes présentent de l'enflure. (Tous ces détails rétrospectifs, ainsi que les dates précises, nous ont été donnés par l'entourage.)

Devant l'aggravation des symptômes, l'absence de soulagement donné par le cathétérisme, la présence du pus dans l'urine, son médecin lui conseille de venir à la Charité.

Le 1er *mars* 1904, la malade part pour Lyon. Le voyage fut long et pénible; après plusieurs heures de voiture elle est transportée en chemin de fer. En cours de route on doit la sonder : elle s'arrête à Bellegarde, un médecin appelé retire une urine sanglante et fétide.



Elle entre dans la clinique du professeur Auguste Pollosson.

État de la malade le 1 mars 1904. — Appelé à la voir d'urgence le soir, la malade est trouvée dans un état très grave.

Elle est oppressée, paraît pâle, bouffie, les lèvres fuligineuses, la langue sèche,les dents couvertes d'enduit jaunâtre.

Les réponses sont lentes, entrecoupées par une respiration haletante; la parole est sourde et embrouillée. Elle dit seulement qu'elle est venue ici sur les conseils de son médecin pour une grossesse arrêtée.

Le ventre est distendu par une tumeur trouvée mate à la percussion remontant jusqu'à l'ombilic, de consistance flasque, peu tendue. La pression sur la tumeur est douloureuse, les flancs sont sonores.

Le toucher vaginal est pratiqué dans le lit de la malade; le vagin paraît très profond, très étiré, on doit longer la symphyse pubienne pour suivre la direction des parois vaginales; la paroi postérieure du vagin est fortement refoulée en avant par une tumeur qui commence à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire pour se poursuivre en haut. Le col n'est pas senti. Cette masse semble fermer complètement le vagin, cependant on peut arriver à glisser ses doigts entre elle et la symphyse. Il se produisit alors un phénomène surprenant : ce fut l'écoulement abondant d'un liquide sanglant, à odeur forte, légèrement putride, sans caillots, dont il fut impossible au premier moment de préciser la nature et l'origine.

Ce liquide s'écoule sous forte pression, très abondant, inondant le lit. L'issue du liquide fut accompagnée d'une diminution de tension dans la masse abdominale; de plus, la pression avec la main sur l'abdomen augmentait encore la rapidité de l'écoulement. En cessant d'appuyer sur la masse vaginale, tout écoulement s'arrêtait.

Il est impossible de percevoir le col utérin. Deux litres de liquide environ sont ainsi retirés.

La température à l'entrée est de 38°,9. L'exploration du poumon et du cœur est négative. On note un œdème prononcé des deux jambes.

2 mars. — Le lendemain la malade est transportée dans la salle d'examen et présentée au professeur Pollosson. Les symptômes sont les mêmes que ceux déjà décrits.

Vu la présence de la fièvre, la perception de la masse vaginale, on songe un instant à pratiquer une intervention immédiate, mais l'examen plus approfondi du symptôme décrit plus haut met sur la voie du diagnostic.

On s'aperçoit, en effet, que le liquide qui sort, en refoulant en arrière la masse contenue dans le Douglas, vient en réalité de l'orifice uréthral très remonté par l'étirement en hauteur des parois du vagin. Le professeur Auguste Pollosson pose alors le diagnostic de rétroversion d'utérus gravide avec rétention d'urine.

Une sonde est introduite dans la vessie, c'est une sonde molle qui doit être poussée très profondément; on retire ainsi 2 litres de liquide rougeâtre ayant les mêmes caractères que celui retiré la veille. L'écoulement d'urine

s'arrêta spontanément, bien que la masse abdominale fut toujours volumineuse, la sonde retirée, on constata, engagés dans l'orifice et l'obstruant, des débris de fausses membranes. Urines fétides et fausses membranes ce sont bien là les symptômes de la cystite gangréneuse qui compliquent si vite la rétention d'urine d'origine gravidique.

L'exploration du cul-de-sac postérieur montre que la masse qui bombe dans le Douglas est un peu remontée et moins tendue. On peut sentir très haut le col utérin mou, entr'ouvert.

On décide de pratiquer un examen intra-vésical plus complet. La malade est alors endormie à l'éther, l'urèthre dilaté par des bougies d'Hégar, puis l'index introduit à son intérieur.

L'urèthre est très allongé, sa longueur est celle de l'index. On peut très difficilement pénétrer dans la cavité vésicale ; il existe sur la paroi postérieure de la vessie une saillie qui soulève cette paroi au niveau du trigone de Lieutaud et empêche le doigt d'aller plus avant.

Une sonde est introduite à nouveau, il sort encore un litre d'urine fétide : la vessie est complètement vidée. On essaye de préciser, au cours du cathétérisme, à partir de quelle profondeur se produit l'écoulement d'urine, et *on constate que c'est à partir d'une profondeur de* 8 *à* 9 *centimètres*.

Le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, permet de constater que l'utérus est mobilisable sans difficulté, sa réduction complète s'obtient sans aucune peine.

Vu la gravité de l'état général, l'intervention est complétée par l'avortement provoqué. La poche des eaux est rompue avec les doigts, il s'écoule un liquide amniotique rougeâtre, en très grande abondance pour l'âge de la grossesse. Le fœtus est extrait. Délivrance artificielle. Mèche intra-utérine.

La malade est reportée dans son lit ; des lavages vésicaux faits toutes les quatre heures sont prescrits.

La température prise le matin de l'intervention est de 39°,4 ; elle est de 39°,9 le soir.

Le fœtus extrait a environ 25 centimètres de long ; le placenta est de la largeur de la paume de la main.

Les urines extraites par le cathétérisme et filtrées contiennent de l'albumine.

3. — L'état général va en s'aggravant. La malade a du délire. Lavage intra-utérin, sondage régulier.

4. — La malade meurt dans la matinée avec des phénomènes urémiques.

L'autopsie n'a pu être pratiquée, les familles ayant mis opposition. Nous avons néanmoins tenu à nous rendre compte de l'état de l'utérus ; et par voie vaginale l'utérus fut extrait avec la vessie.

Il n'y avait aucune adhérence utérine, et la vessie, très épaissie, présentait tous les caractères de la cystite-gangréneuse ; la muqueuse est épaisse, se détachant par larobeaux puriformes.

L'utérus n'était plus en rétroversion.

Observation II (inédite). (Rédigée par M. Cotte, interne des Hôpitaux). — S..., 42 ans. La malade vient à la clinique parce qu'elle souffre du ventre.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement : convulsions dans l'enfance, aucune autre maladie.

Réglée à 14 ans, très régulièrement, règles non douloureuses.

Mariée à 28 ans. Première grossesse l'année suivante, terminée à la clinique par une basiotripsie (docteur Jamin).

Les règles ont été régulières dans la suite jusqu'au début du mois de septembre 1906. A partir de ce moment, interruption des règles.

La malade a pu continuer son travail, malgré sa grossesse, jusqu'au 22 décembre 1906 ; à ce moment métrorrhagies peu abondantes, quelques douleurs abdominales et apparition de troubles urinaires consistant dans de la difficulté pour uriner. Elle dit être obligée de faire des efforts considérables pour uriner et encore ne pouvoir vider complètement sa vessie.

A l'entrée, 29 décembre 1906, on constate une tuméfaction occupant l'hypogastre et remontant à l'ombilic.

On reconnaît qu'il s'agit de la vessie, le sondage pratiqué retire deux litres d'urine.

La femme présente des déformations osseuses rachitiques très marquées.

Les fémurs dessinent une parenthèse accentuée ; la crête tibiale est saillante et sinueuse, chapelet costal, etc.

Température rectale, 38°,4.

L'examen pratiqué le 31 décembre par le professeur Auguste Pollosson montre que, la vessie étant pleine, il est impossible d'arriver sur le col utérin par le toucher vaginal. Le cul-de-sac postérieur bombe fortement en avant, il est distendu par une tumeur molle , *en appuyant sur cette tumeur*, *il s'échappe un jet d'urine* ; en cessant d'appuyer, le jet s'arrête.

La malade est sondée,on retire 1.800 grammes d'urine légèrement trouble. Pas d'albumine. La distance à laquelle il faut pousser la sonde est mesurée de 9 centimètres.

Sous anesthésie, après évacuation de la vessie, on arrive, en s'aidant du palper abdominal, sur la lèvre postérieure du col qui est située très profondément au-dessus de la symphyse pubienne. La lèvre antérieure du col est à une hauteur de la symphyse que la main abdominale évalue à 4 travers de doigt, c'est-à-dire 7 centimètres.

Après l'évacuation, il devient facile de réduire la masse postérieure et de faire franchir le promontoire au col utérin. Mais le col reste élevé et, pour l'abaisser,on doit érigner en bas sa lèvre postérieure.

On constate alors que le col utérin est légèrement entr'ouvert, des membranes bombent par son orifice.

On décide l'évacuation immédiate de l'utérus. Une dilatation digitale du col est facilement effectuée, un fœtus vivant est extrait,et après lui le placenta et les membranes. Le fœtus mesurait 20 centimètres de long.

La température est descendue à la normale après l'intervention ; les

troubles urinaires ne se sont pas reproduits et la malade quitte le service, guérie, le 5 janvier 1907.

I. — Constatations anatomiques fournies par nos observations.

Nous avons pu, dans nos deux observations personnelles, préciser un certain nombre de points particuliers sur lesquels peu de données précises ont été publiées. Des mensurations digitales ou instrumentales à l'hystéromètre nous ont permis de nous rendre très exactement compte des modifications apportées par la bascule de l'utérus et la distension vésicale à la disposition des organes pelviens.

Nous avons surtout cherché à établir la situation du col utérin, l'élongation uréthrale, la distension des parties basses de la vessie. Le toucher vaginal profond, l'exploration intra-vésicale faite sous anesthésie, le repérage exact par rapport à la symphyse pubienne des organes déplacés nous ont amené à la construction de la figure schématique ci-jointe.

Ce schéma, que nous reproduisons en demi-grandeur nature, a été dessiné de la façon suivante :

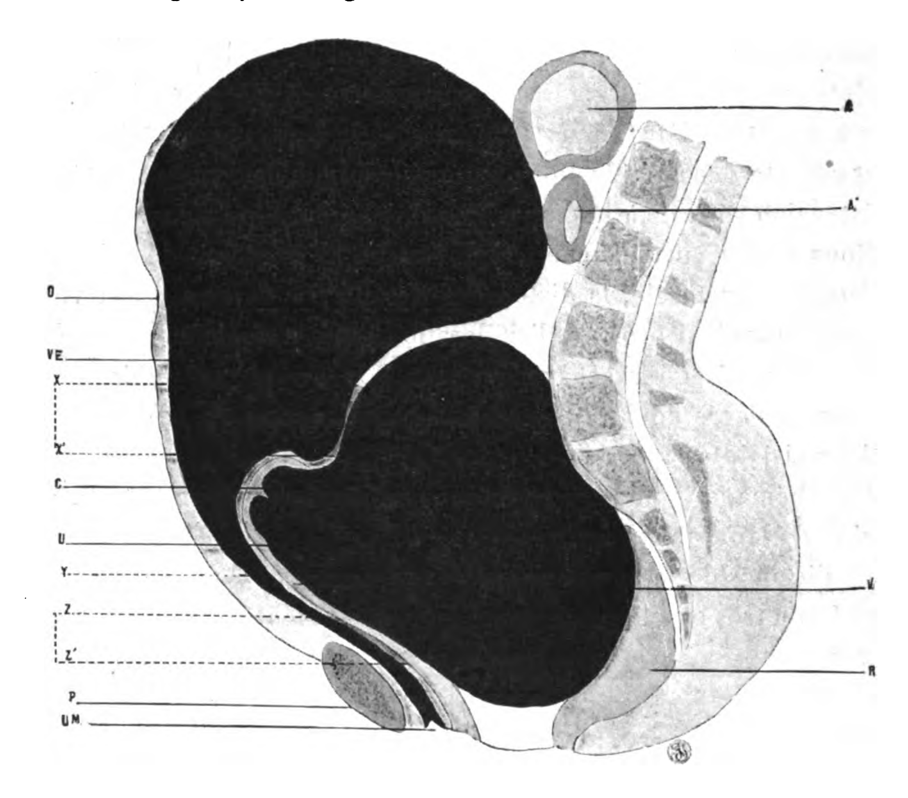
La distance de la symphyse pubienne au promontoire a été évaluée d'une façon très exacte par le toucher vaginal mensurateur ; la hauteur de la symphyse déterminée ensuite par le procédé habituel. La hauteur du col utérin au-dessus de la symphyse fut appréciée par le toucher vaginal. Quant à l'élongation uréthrale et à la disposition du col de la vessie et de l'infundibulum vésical nous avons pu l'évaluer par le toucher intra-vésical et par le cathétérisme.

Si notre dessin n'a pas la valeur d'une coupe congelée et la précision des mensurations cadavériques, il ne représente pas moins, avec une grande exactitude et au centimètre près, la disposition des organes pelviens. — Dans nos deux cas, d'ailleurs, les mensurations ont singulièrement concordé, et les mêmes chiffres ont été trouvés dans le second cas que ceux qui avaient été notés pour le premier, trois ans auparavant.

1° La situation du col utérin et ses rapports avec la symphyse pubienne nous paraissent, en premier lieu, dignes de remarque. Le col utérin fut difficile à trouver même par le toucher vaginal profond. L'in-



dex et le médius, poussés plus haut, sentaient en avant la résistance osseuse de la paroi postérieure de la symphyse pubienne, en arrière la saillie molle de l'utérus, et aucune trace du col utérin n'était perçue. Si l'on pousse très profondément les doigts, en déprimant avec force les parois du vestibule, on peut arriver à sentir, par l'extrémité de la pulpe du doigt le plus long, la dureté caractéristique du col. On est, à



Rétroversion d'utérus gravide au 3me mois. — Rétention d'urine (schématique).

O, ombilic ; — VE, vessie; — C, col utérin ; — U, utérus; — Y, infundibulum vésical ; — P, Symphyse pubienne ; — UM, méat uréthral ; — V, Vagin ; — R. rectum ; — A-A', anses intestinales ; — XX', zone d'adhérences vésico-utérines ; — ZZ', zone d'adhérences uréthro-vaginales.

ce moment, bien plus haut que le bord supérieur de la symphyse, et nous n'avons pas exagéré cette hauteur en l'évaluant à 7 centimètres. Il arriva même que le col ne put être trouvé dans le cas de distension maxima, et il fallut évacuer une certaine quantité d'urine pour le percevoir. C'est d'ailleurs sous anesthésie que cette constatation a pu être précisée.

Non seulement le col est reporté en haut, mais encore il est au-dessus de la symphyse pubienne et proche de la paroi abdominale

antérieure, vers laquelle le doigt explorateur a la sensation d'être dirigé.

Cette hauteur du col utérin ne va évidemment pas sans un étirement considérable en haut de la paroi vaginale antérieure; il n'y a plus de plis de la muqueuse, les colonnes du vagin sont effacées, les parois de l'organe sont lisses, tendues, le conduit est développé au maximum dans le sens de sa longueur.

Tous les auteurs signalent bien cette difficulté de la recherche du col utérin, cette situation en haut et en avant qui est si frappante ; mais il nous semble qu'ils n'insistent peut-être pas assez sur la distance qui sépare le col du bord supérieur de la symphyse : c'est là un point intéressant à déterminer dans ces formes à distension vésicale très accentuée.

Donc, d'après nos constatations, le col utérin est situé à 7 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

2° Données fournies par le toucher intra-vésical (*longueur de l'urèthre*; *infundibulum vésical*; *saillie du col utérin dans cet infundibulum*). — Après une dilatation aux bougies d'Hégar, facilement effectuée, l'index est introduit dans le canal de l'urèthre afin de chercher des constatations plus précises.

A ce moment, la vessie est déjà presque évacuée par le cathétérisme, le fond utérin est partiellement refoulé par pression vaginale; la malade est endormie, ce qui permet à une main placée sur l'abdomen de refouler et d'abaisser le col vésical et de faciliter la pénétration plus profonde du doigt uréthral.

Le doigt parcourt d'abord le canal de l'urèthre, mais au lieu de pénétrer, comme dans une exploration vésicale ordinaire, dans une cavité largement étalée, dès que l'orifice interne de l'urèthre est franchi, les conditions sont toutes différentes : le doigt après avoir parcouru le canal uréthral régulier pénètre dans un autre canal, qui continue le premier en s'évasant progressivement à mesure qu'on s'élève, de façon à former un entonnoir étroit, très allongé, qui vient prolonger en haut le canal uréthral.

Cet entonnoir ou *infundibulum* fait évidemment partie de la vessie, puisque nous pouvons établir par le cathétérisme que l'urèthre se termine à une hauteur beaucoup moins grande que le point où pénètre à présent le doigt.

Cet infundibulum est constitué en avant par la paroi antérieure de la vessie, en arrière par la saillie formée par le col utérin qui soulève le bas-fond vésical et qui est appliquée contre la paroi postérieure de l'infundibulum.

Dans le sens transversal, cette portion vésicale est également canaliculée, s'évasant à mesure qu'on s'élève; mais il faut atteindre le niveau supérieur du col pour se trouver en pleine cavité vésicale libre.

Ces constatations, nous le répétons, n'ont pu être faites que sous anesthésie et grâce à l'abaissement du col par une main appuyant sur l'abdomen.

Sans cela, il eût été bien impossible, il suffit de s'en rapporter à notre figure, de pénétrer jusqu'à la partie supérieure du col utérin qui est à près de 15 centimètres de l'orifice du méat.

Dans la première, comme dans la seconde observation, le cathétérisme a donné lieu à un écoulement d'urine quand la sonde a pénétré de 8 à 9 centimètres.

Nous pouvons donc dire que l'urèthre atteint une dimension de 8 à 9 centimètres, c'est-à-dire près de trois fois sa dimension normale.

Au-dessus de cet urèthre, et jusqu'au niveau supérieur du col utérin se trouve la zone haute de 7 centimètres qui fait partie de la vessie et que nous avons décrite sous le nom d'infundibulum.

C'est dans cet infundibulum qu'est constatée la tumeur formée par le col utérin, tumeur appliquée par une sorte de résistance élastique contre la paroi antérieure de ce même infundibulum.

Il est d'ailleurs anatomiquement possible d'expliquer cette formation de l'infundibulum vésical. — On sait que normalement il existe entre les voies urinaires inférieures et le tractus utéro-vaginal des rapports très intimes. L'urèthre, tout d'abord, à 1 centimètre environ du méat, et sur une hauteur de 15 millimètres environ est très intimement uni à la paroi vaginale, de telle sorte qu'il n'existe aucun plan de clivage possible entre les deux conduits : c'est là un premier point de fixation. La paroi postérieure de la base de la vessie d'autre part, est en rapport intime avec la portion cervico-isthmique de l'utérus ; il existe, au milieu de cette zone appelée zone décollable, au-dessous du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin un point où l'adhérence de la vessie à l'utérus est très intime : c'est ce point que l'on est obligé de sectionner aux ciseaux et qui est connu sous le nom de *torus uteri*.

Étant donnés ces deux points de fixation : de l'urèthre à la paroi

vaginale d'une part, de la portion isthmique à la paroi vésicale d'autre part, il s'ensuit que dans le déplacement en haut du col utérin, la distance qui sépare ces deux points de fixation et qui est normalement de 4 centimètres environ s'augmentera d'une longueur qui représente approximativement le déplacement.

On comprend, dès lors, que la vessie participe à l'étirement au même titre que le canal uréthral, et que l'infundibulum soit constitué par la base de la vessie elle-même.

Dans le dessin auquel nous avons été conduit, il nous a paru utile de représenter ces zones d'adhérences qui permettent de se rendre compte de la façon dont s'est formé l'infundibulum vésical (XX'-ZZ').

En résumé, le toucher intra-vésical nous a fourni une série de constatations importantes :

L'existence d'un refoulement en avant de la paroi postérieure de la vessie par le col utérin, l'allongement marqué de l'urèthre, la formation d'un infundibulum vésical.

3° L'UTÉRUS RÉTROVERSÉ N'EST PAS CONTENU EN ENTIER DANS LE PELVIS. — Il est un point de l'anatomie pathologique de la rétroversion d'utérus gravide avec rétention d'urine qu'il est également intéressant de préciser, c'est la disposition même de l'utérus rétroversé.

Nos observations ne rentrent nullement dans la catégorie des incarcérations complètes ; les cas sont d'ailleurs rares où l'utérus, enclavé complètement dans le bassin, comprime en se dilatant les parois de l'excavation pelvienne, détermine des douleurs effroyables en jouant le rôle de la « poire d'angoisse » des instruments de torture.

Au contraire, nous avons pu nous assurer que dans nos deux observations, malgré la gravité des symptômes, l'utérus s'était développé dans le pelvis et l'abdomen.

En effet, si l'on sentait le fond utérin bombant dans le Douglas et déprimant la cavité vaginale, les phénomènes de compression, à part le syndrome urinaire, étaient peu marqués. L'époque de la grossesse, vérifiée d'ailleurs par le volume du fœtus, est une preuve aussi de la non-incarcération complète. Dans nos observations, le fœtus était âgé de 4 à 5 mois et mesurait 20 à 25 centimètres de long ; or, l'expérience a montré qu'un fœtus de cette taille, même fortement tassé et replié sur lui-même, ne peut être contenu dans l'excavation, à plus forte raison lorsque nous avons à faire à un fœtus accompagné de ses

annexes, placenta et liquide amniotique, et entouré de la paroi utérine.

Nous avons d'ailleurs trouvé signalé dans plusieurs observations ce développement de l'utérus en deux parties l'une abdominale, l'autre pelvienne, et dans ces cas la gravité des symptômes vésicaux était également très accentuée.

Lorsqu'on observe des rétroversions d'utérus gravides à des phases plus précoces, il est incontestable que l'utérus est tout entier pelvien. Dans ces conditions des accidents peuvent également survenir, la malade peut éprouver des douleurs, des contractions utérines suivies parfois d'avortement. La réduction d'un utérus semblable est souvent très difficile ; mais ces malades ont exceptionnellement des troubles vésicaux, et en tout cas ne présentent pas le tableau symptomatique de la rétention urinaire, de la miction par regorgement, et de la cystite gangréneuse.

C'est plus tard, à une phase postérieure, vers le quatrième mois qu'apparaissent, en général, les symptômes graves que nous venons de citer et c'est précisément une phase où l'utérus gravide n'est plus contenu tout entier dans la cavité pelvienne.

Dans nos observations, nous avons pu constater sous anesthésie, après évacuation de la vessie, que l'utérus remplissait le pelvis, mais avait aussi un développement partiel dans l'abdomen.

Ainsi, *on peut observer des phénomènes vésicaux graves à une phase où il n'y a pas, à proprement parler, incarcération complète.* Cette constatation peut avoir son importance dans l'explication des causes de rétention urinaire et dans l'interprétation des réductions spontanées comme nous le montrerons plus loin.

II. — Des causes de la rétention d'urine.

C'est un des points les plus controversés et les moins bien établis. Nous devons donc nous deman- der si les théories proposées concordent avec nos données anatomiques.

1° Pour Œshans l'urine serait retenue par une *coudure de l'urèthre.* Ce que nous avons dit de l'état de ce canal, de son allongement manifeste avec le maximum de rectitude, les données du cathétérisme et du toucher intra-vésical nous permettent d'écarter complètement l'existence d'une coudure sur le trajet du canal et de rejeter cette théorie.

2° *L'élongation de l'urèthre* a été également invoquée pour expliquer la rétention. Par suite de l'allongement, il y a diminution progressive du calibre du canal, et finalement occlusion complète : de la même façon qu'une traction exercée sur les deux extrémités d'un tube élastique amène l'oblitération de sa lumière. Malgré toute l'insistance que nous avons mise à signaler cette élongation très marquée du canal uréthral, nous ne croyons pas qu'elle soit capable, à elle seule, d'amener la rétention.

Les constatations données par le cathétérisme, l'exploration digitale, la dilatation uréthrale sont plutôt contraires à l'idée d'un effacement complet de la lumière du canal. On n'a éprouvé, en effet, aucune difficulté à introduire des bougies d'Hégar de fort calibre, ce qui aurait dû être si l'allongement amenait l'occlusion.

Les propriétés de dilatabilité de l'urèthre sont, d'ailleurs, bien connues. On sait en effet qu'à l'état normal on peut introduire l'index à son intérieur sans qu'il y ait lésion des fibres élastiques.

Ceci pousse à croire qu'on doit pouvoir l'étirer fortement en longueur sans amener une diminution notable de son calibre.

Nous avons cherché à nous rendre compte, par quelques expériences, du degré d'étirement auquel il faut amener un tube élastique pour oblitérer complètement sa lumière et nous n'avons pu y réussir.

Expériences. — Nous avons pris un tube de caoutchouc de 5 centimètres de long, à parois moyennement résistantes ; nous l'avons choisi d'un calibre se rapprochant de celui de l'urèthre, ce qui fut facile à déterminer en nous servant d'une sonde métallique de femme. Puis nous avons fixé solidement deux embouts à chaque extrémité, et nous avons soumis l'ensemble à un étirement très exactement apprécié. Un dispositif très simple nous permettait de faire écouler de l'eau à l'intérieur du système. Avec un allongement de 15 centimètres, il ne s'est produit aucun arrêt de l'écoulement ; avec un allongement de 25 centimètres, le liquide s'écoule un peu plus lentement ; avec un allongement de 35 centimètres, c'est-à-dire sept fois la longueur du tube, l'écoulement du liquide est nettement plus lent, mais continu, même avec une très faible pression. Il nous fut impossible d'étirer plus le tube de caoutchouc qui fut rompu à un étirement plus marqué.

Nous avons essayé ces mêmes expériences avec des urèthres de femme prélevés à l'amphithéâtre. Nous avons pu nous procurer un urè-

thre de femme jeune et normalement constituée. L'urèthre avait 3 cm. 2 avant tout étirement. Le dispositif employé fut analogue à celui des expériences précédentes, avec cette différence que nous n'avons fixé qu'un seul embout à l'orifice vésical de l'urèthre ; le méat fut laissé libre.

Malheureusement, il nous fut impossible d'obtenir un allongement notable sans déchirure des tissus. Lorsque l'urèthre eut atteint une longueur de 6 cm. 8, il se fit des déchirements des tissus périuréthraux qui nous empêchèrent d'aller plus loin. A ce moment l'eau s'écoulait librement par le canal.

Tout ce que nous avons pu constater, c'est la résistance très marquée des tissus uréthraux. La force qu'il nous fallut exercer pour allonger le canal du double de sa dimension primitive était voisine de 10 kilogrammes. Un poids de 2 kilogrammes n'amena aucun allongement appréciable ; à 5 kilogrammes, l'allongement fut de 1 à 2 centimètres.

On se rend compte, d'ailleurs, de la difficulté qu'il y a à se rapprocher des conditions réalisées en clinique : l'étirement lent et progressif, le ramollissement des tissus dû à la grossesse sont autant de données impossibles à reproduire.

Donc, sans accorder à ces expériences une valeur qu'elles ne peuvent avoir, il nous semble qu'elles viennent à l'appui des constatations cliniques signalées plus haut et nous nous croyons autorisé à conclure que l'allongement uréthral est incapable d'amener la rétention.

3° *L'œdème du col utérin*, que MM. Pinard et Varnier ont signalé comme une des causes de la cystite gangréneuse, et que Kolischer a pu constater au cystoscope, serait, pour ce dernier auteur, la cause de la rétention. Wertheim, dans le dernier traité de Winckel, penche également vers cette explication.

En l'absence de preuve que l'œdème existait avant l'ischurie, nous ne pouvons considérer cette théorie comme suffisante. Il est plus rationnel de croire que l'œdème est la conséquence plutôt que la cause de la rétention.

4° *La paralysie du muscle vésical* par compression des filets nerveux moteurs qui se rendent au *detrusor urinæ* joue-t-elle un rôle ? C'est à cette explication que se rattache Ch. Reed dans un article très documenté paru dans l'*American Journal of Obstetric*, de 1904. Cet auteur pense que les fibres des nerfs sacrés sont comprimés en un point de leur trajet par le corps utérin déplacé, et qu'il en résulte une « pressure paralysis ».

Les arguments qu'il donne sont théoriques ; il lui est impossible de préciser un point exact de compression des nerfs vésicaux. En outre, plusieurs constatations sont en désaccord avec l'idée d'une paralysie vésicale : nous avons signalé dans nos observations que l'urine était contenue sous pression dans la vessie, qu'elle s'échappait sous une tension très forte pendant le sondage; Tarnier a insisté au point de vue clinique sur les contractions intermittentes de la vessie ainsi distendue, contractions analogues à celles de l'utérus gravide : autant de faits qui détruisent l'hypothèse d'une paralysie du muscle vésical.

5° *La compression directe de l'urèthre et du col de la vessie par le col utérin est une cause très communément invoquée.* — Zweifel, par exemple, dit que le fond utérin siégeant dans la concavité sacrée presse le col de l'utérus contre la symphyse. D'autres auteurs, d'une façon moins précise, disent que le col utérin comprime soit l'urèthre, soit le col de la vessie.

Nos constatations nous obligent à rejeter complètement cette interprétation; en effet, le col utérin siège, nous l'avons vu, à 7 ou 8 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis et ne peut exercer aucune compression effective contre cette portion osseuse.

Nous pouvons dire également que le col utérin (*portio vaginalis* des Allemands) n'a aucun rapport ni avec l'urèthre, dont l'extrémité supérieure est à 7 à 8 centimètres plus bas, ni avec le col vésical, pour les mêmes raisons.

En outre de l'interprétation sus-indiquée, Ch. Reed, dans l'article mentionné plus haut, attribue à Zweifel une théorie qu'il caractérise du nom de « théorie valvulaire », et dans laquelle Zweifel attribuerait les accidents à une valvule vésicale qui empêcherait l'écoulement de l'urine, tout en permettant le passage de la sonde.

Cette explication n'est fournie par Zweifel que d'une manière extrêmement brève, et sans que l'auteur lui-même semble lui attribuer une grosse importance, puisque, comme nous l'avons vu tout à l'heure, il attribue la rétention surtout à la pression du col utérin contre la symphyse.

Voici, d'ailleurs, la phrase qu'ajoute Zweifel : « ... de cette façon, l'urèthre est comprimé ou forme un pli au niveau du col vésical (Hierdurch wird die Harnröhre comprimirt oder am Blasenhalz in eine Falte gelegt) ».

Ce pli auquel Zweifel n'attribuerait qu'un rôle accessoire (la compression directe jouant le rôle principal), n'est d'ailleurs nullement constaté, et les explorations intra-vésicales que nous avons rapportées démontrent qu'aucun pli n'existe au niveau de l'orifice vésical de l'urèthre.

6° *Théorie du clapet formé par le col utérin dans l'infundibulum vésical* (professeur Auguste Pollosson). — Dans le leçon clinique qui a servi de point de départ à notre travail, M. Auguste Pollosson attribue la rétention à la saillie du col utérin dans l'intérieur de la vessie et plus spécialement dans cette portion déformée d'une façon particulière que nous avons décrite sous le nom d'infundibulum.

Cette saillie qui forme une protubérance volumineuse est assez analogue à la saillie du lobe médian dans l'hypertrophie protastique, elle peut donc former comme un clapet qui vient oblitérer non pas l'urèthre situé beaucoup plus bas, non pas le col vésical, mais la portion déformée de la vessie, l'infundibulum.

Mais il ne suffit pas, d'après M. Auguste Pollosson, de considérer cette saillie comme un clapet mobile capable de venir, par moments, oblitérer le canal de l'infundibulum. Ce clapet, dont l'existence certaine résulte des données du toucher intra-vésical est, d'une manière permanente, appliqué fortement contre la paroi antérieure de l'infundibulum.

On peut chercher la raison de cette pression, relativement assez énergique, dirigée d'arrière en avant.

M. Pollosson pense qu'elle est due à deux causes. Et d'abord la *pression intra-vésicale* dès que la vessie est distendue; cette pression devient d'autant plus énergique que la distension vésicale est plus grande.

Une autre cause semble plus importante encore : c'est la *réaction élastique des parois vaginales et vésicales* qui ont subi une extrême distension du fait de la bascule utérine.

La paroi antérieure du vagin a subi une élongation considérable, et la paroi vésicale, fixée à l'utérus dans un des points que nous avons étudié, participe à cette distension.

L'élasticité réactionnelle tend donc à ramener en bas et en avant le col utérin basculé.

On se ferait une idée insuffisante de cette puissance élastique si l'on considérait les tissus distendus seulement sur une coupe médiane

comme celle que nous avons figurée. La même distension se produit sur les parties latérales du cul-de-sac antérieur du vagin, parties qui coiffent le col déplacé.

La réaction élastique applique donc d'une manière permanente le clapet cervical contre la face inférieure de l'infundibulum, la pression intra-vésicale vient compléter cette application.

III. — Du redressement spontané après cathétérisme.

Le fait que la rétroversion se réduit par le simple cathétérisme vésical est bien connu. Burns a même fait du cathétérisme seul, pratiqué trois fois par jour, une méthode de traitement qu'il considérait comme suffisante dans la plupart des cas. Tous les classiques conseillent de pratiquer des cathétérismes réguliers avant toute autre intervention.

En tout cas, le plus souvent, des manœuvres très douces sont suffisantes après cathétérisme,pour réduire l'utérus rétroversé,et cela malgré la gravité des symptômes urinaires. Une première observation est des plus typiques à ce point de vue : la rétention datait de quinze jours, des sondages irréguliers et incomplets avaient été pratiqués pendant tout ce temps; nous faisons à l'entrée un cathétérisme soigneux, et nous trouvons, après cathétérisme, l'utérus très faiblement réductible.

Les observations de Laroyenne, Martin, sont analogues.

M. Pollosson nous a communiqué un cas où avec une rétention de 4 litres d'urine due à une rétroversion d'utérus gravide, quelques sondages réguliers ont amené la guérison complète.

Ceci concorde bien avec ce que l'on sait de l'anatomie pathologique de ces rétroversions : les adhérences péritonéales péri-utérines sont rares, et à l'autopsie on trouve surtout des lésions vésicales, urétérales ou rénales (Pinard et Varnier).

Mais si les auteurs signalent tous la fréquence des réductions spontanées après cathétérisme, ils ne paraissent pas s'être préoccupés du mécanisme de cette réduction. L'étude de ce mécanisme est, cependant, intéressante et sa nature nous paraît complexe.

Nous pensons que la succession des phénomènes peut être ainsi décrite :



1° Il existe une cause active de redressement : c'est, uniquement, la traction élastique de toute la paroi antérieure du vagin, de l'urèthre et de l'infundibulum;

2° Il y a des conditions de facilitation : elles tiennent au développement partiellement abdominal de l'utérus;

3° Le cathétérisme supprime l'obstacle au redressement.

1° La réaction élastique développée par l'élongation de l'urèthre, de l'infundibulum et de la paroi vaginale antérieure doit être très puissante, même en faisant la part du ramollissement qui accompagne l'état de gravidité. Nous avons suffisamment insisté, dans le chapitre précédent sur le degré d'allongement auquel sont soumis ces divers organes, pour ne pas y revenir. Nous avons vu que leur longueur normale était plus que triplée, et nous avons signalé l'état de tension très marqué qui leur imposait cette élongation.

Nous sommes donc en droit de penser qu'il y a là un agent de réduction qui deviendra très efficace s'il n'y a pas d'obstacle. *Tous ces éléments allongés donnent une force élastique tendant à agir sur le col utérin, comme si on érignait en bas et en arrière la lèvre antérieure du col* (A. Pollosson).

2° Le développement en hauteur de l'utérus rétroversé est une condition éminemment favorable au redressement spontané.

L'utérus prend la forme d'un sablier constitué par deux poches, l'une pelvienne, l'autre abdominale : cette dernière contenant la poche fœtale la plus volumineuse. La poche abdominale, ne rencontrant pas de résistance osseuse, se développe davantage que l'autre à mesure que progresse la gestation et, s'il n'y a pas d'obstacle, la poche pelvienne est attirée peu à peu en haut et la réduction se produit.

Il est assez curieux de faire observer que les redressements spontanés de l'utérus gravide rétroversé après évacuation vésicale, sont observés précisément dans le cas des rétroversions de volume considérable, telles qu'on les observe après le quatrième mois, et les observations que nous connaissons ou qui nous ont été rapportées de rétroversion à une phase plus précoce ne se sont point corrigées par une méthode aussi simple. C'est que, dans ces cas plus précoces, l'élongation de l'urèthre et la force élastique réactionnelle ne peuvent pas entrer en ligne de compte.

De même, nous croyons pouvoir dire que le décubitus ventral ou la position génu-pectorale, sans pression sur le fond utérin, ont un

résultat meilleur et plus sûr dans les utérus volumineux dont le développement abdominal est déjà prononcé, que dans les utérus plus petits, qui sont encore complètement pelviens.

3° La suppression de tout obstacle est, comme on le conçoit, la condition primordiale de ces redressements spontanés.

En dehors des cas de rétrécissement du bassin avec saillie forte du promontoire, c'est le plus souvent le globe vésical distendu qui s'oppose à la réduction. Le cathétérisme n'a alors d'autre influence que celle de permettre aux forces qui agissent dans le sens du redressement de se développer librement.

IV. — De la miction par pression sur la paroi vaginale postérieure (signe de Laroyenne).

Ce symptôme, que nous avons observé dans nos deux observations, et les deux fois avec les mêmes caractères, est des plus nets. Nous l'avons obtenu dans les deux cas de la façon suivante : Deux doigts de la main sont introduits dans le canal vaginal, la face palmaire regardant en arrière ; ils sont poussés profondément jusqu'à ce qu'ils atteignent la masse contenue dans le cul-de-sac postérieur. Une pression légère des doigts refoule cette masse en arrière et il se fait une évacuation immédiate de l'urine qui sort avec force. Si l'on cesse la pression, l'écoulement de l'urine s'arrête d'une façon absolue. Si l'on renouvelle la pression, l'écoulement de l'urine se reproduit, mais avec une tension décroissante au fur et à mesure que la quantité d'urine contenue dans la vessie diminue. On peut ainsi produire la miction à volonté.

Il ne semble pas que ce symptôme ait frappé l'attention des auteurs ; les traités classiques ne le signalent pas, et, par contre, nous trouvons énumérés avec détails les multiples moyens mis en œuvre pour amener l'émission d'urine, soit par la malade : position accroupie, pression sur la paroi abdominale avec les mains ; soit par le médecin : emploi de sondes uréthrales en gomme, ponction vésicale, etc. Tous notent la grande difficulté du sondage, la peine que l'on a parfois à trouver le méat urinaire, et certes la possibilité d'obtenir l'évacuation de la vessie par des moyens aussi simples que celui que nous avons

décrit plus haut, aurait été signalée dans les cas où l'on a eu tant de peine à faire sortir l'urine.

Quelques observateurs isolés en parlent, cependant, mais sans insister, et nous avons trouvé dans la première édition française du *Traité des maladies des femmes*, de Churchill, une observation tirée de la thèse de Wall (soutenue à Halle en 1782), où le symptôme est nettement signalé.

Observation III. — Une pauvre femme de Londres, arrivée au quatrième mois environ de sa grossesse, fut tout à coup prise de rétention d'urine. Elle fit mander Walter Wall qui la sonda ; mais l'obstacle resta le même et on dut avoir de nouveau recours à la sonde. Cette fois, Wall fit une exploration attentive, afin de se rendre compte de la notion de l'obstacle. Il pratiqua le toucher vaginal,et son doigt,au lieu d'être dirigé en avant et en arrière vers le sacrum, était dirigé en avant et en haut vers le pubis. Il ne pouvait atteindre le col ; mais il constata, à la partie postérieure du vagin, la présence d'une tumeur, et en complétant l'examen par le toucher rectal, il s'assura qu'elle siégeait entre le rectum et le vagin. La partie inférieure de la tumeur, étant repoussée vers le pubis, paraissait constituer l'obstacle à l'émission de l'urine par la pression qu'elle exerçait sur l'urèthre. Wall rapprocha ces faits de ceux qu'il avait entendu décrire par Grégoire, à Paris, sous le nom de rétroversion, et il essaya de réduire la tumeur, sans succès.

Il appela William Hunter qui, après avoir examiné la malade, arriva aux mêmes conclusions que Wall. *En soulevant la tumeur, l'urine s'écoula facilement.*

William Hunter tenta de ramener l'utérus à sa position normale, mais il n'y réussit pas. Il y avait en même temps une constipation opiniâtre, et la malade succomba.

C'est Laroyenne qui insista le premier sur ce symptôme dans les *Archives de gynécologie* de 1896 et dans la thèse d'un des élèves de la Faculté de Lyon, le docteur Seytre. Voici le résumé des deux observations publiées dans cette thèse intitulée : « Du renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas compliquant la rétroversion de l'utérus gravide. »

Observation IV (in thèse Seytre, clinique du docteur Laroyenne), (publiée par M. Lathuraz-Violet, in *Annales de gynécologie*, avril 1896). Résumée. — Malade enceinte de 4 mois et demi, atteinte depuis un mois de troubles urinaires.

A la palpation abdominale, on délimite une tumeur ovaire globuleuse remontant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Cette saillie abdominale est

due à la vessie et diminue au fur et à mesure de l'évacuation de l'urine par le cathétérisme. Le réservoir urinaire est agrandi dans le sens vertical ; on peut faire pénétrer jusqu'au manche, sans en toucher le fond, un hystéromètre à tige métallique de 20 centimètres. La sonde de femme est impuissante à vider cette vessie. Il y a plus, même en employant une longue sonde en gomme, on ne réalise qu'un cathétérisme incomplet. Pour assurer les totales évacuations de l'urine il faut, comme le montre M. Laroyenne et ainsi que nous y reviendrons tout à l'heure, combiner au cathétérisme le toucher vaginal et presser avec les doigts sur les culs-de-sac vaginaux latéraux et postérieur. On retire ainsi près de 3 litres d'une urine claire ne renfermant ni albumine ni sucre.

Le col est extrêmement élevé, situé bien au-dessus du bord supérieur de la symphyse et dévié à droite. Il est difficilement accessible et on ne peut dire avec certitude s'il présente ou non du ramollissement. Le cul-de-sac vaginal postérieur est tendu, bombé. Par le toucher rectal on sent, à 7 centimètres environ du sphincter externe, une tumeur fluctuante antérieure au rectum. La cloison recto-vaginale est épaissie et œdématiée.

Le professeur Laroyenne fait sonder la malade toutes les trois heures. A chaque fois, le cathétérisme vésical est complété par des pressions digitales exercées sur la vessie à travers les parois vaginales, principalement en arrière. Après le quatrième cathétérisme, réduction, mise en place d'un pessaire de Hodge qui fut enlevé au bout de cinq jours. La grossesse continua et la malade accoucha normalement sans avoir présenté aucun signe de troubles vésicaux.

Observation V (in thèse Seytre. — Albert Martin, de Rouen, in *Normandie médicale*, 15 juin 1896), Résumée.— Il s'agit d'une multipare de 25 ans, qui, au cours du troisième mois de sa cinquième grossesse, est prise brusquement de douleurs vives dans le bas-ventre avec constipation et rétention d'urine. Ces symptômes vont en s'aggravant pendant quatre semaines. Au bout de ce temps, elle est transportée à la clinique privée du docteur Martin où l'on constata la présence d'une tumeur hypogastrique médiane, ovale formée par la vessie surdistendue.

Au toucher vaginal, on perçoit le col utérin très élevé situé au-dessus de la symphyse ; le cul-de-sac postérieur est effacé par une tumeur énorme qui remplit l'excavation pelvienne. Le toucher rectal montre que la tumeur arrondie, lisse, comprime fortement l'intestin contre le sacrum. On essaye de soulever la tumeur par cette voie, mais inutilement, car elle est enclavée, et apparemment irréductible.

Nous avons remarqué, en essayant de pratiquer le toucher vaginal, avant tout cathétérisme, que la pression du doigt sur la paroi postérieure du vagin, immédiatement au-dessus de la fourchette, provoquait un jet d'urine assez fort par le méat. Et de fait, il existait en ce point une tumeur molle, fluctuante réductible, qui bombait sous la muqueuse vaginale, et qui ne pouvait être comprimée sans douleur pour la patiente.



Pour achever de vider la vessie, il nous fallut enfoncer complètement jusqu'à son pavillon une sonde de Nélaton dont le bec pénétrait sans doute dans l'arrière-loge du réservoir urinaire ; après cathétérisme, nous eûmes l'affaissement complet de la tumeur signalée plus haut sur la paroi postérieure du vagin et la disparition de la douleur qu'y provoquait auparavant la pression, douleur comparable à celle que produisait la pression de la main sur la paroi abdominale, au-dessus de la vessie surdistendue.

Trois litres d'urine furent évacués par le cathétérisme. Le ventre diminua de volume et devint moins douloureux. Pourtant il ne s'affaissa pas complètement. Il fut possible de constater que la vessie étant vidée, on sentait encore dans l'hypogastre une tumeur résistante et arrondie, remontant bien à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et faisant corps avec la tumeur pelvienne. Il s'agissait évidemment de l'utérus qui pourtant n'avait pas encore repris sa situation normale.

Deux grosses sondes étant introduites dans le rectum, on put donner un grand lavement qui provoqua l'expulsion de très abondantes matières. Un purgatif amena de plus des selles très abondantes.

Au bout de trois jours, l'état est très satisfaisant, l'utérus s'est lui-même redressé ainsi que la vessie. Au toucher vaginal, on sent l'excavation pelvienne libre, et en son centre, parfaitement accessible, un col utérin ayant tous les caractères qu'il offre ordinairement vers le cinquième mois d'une grossesse normale. On sent le fond de l'utérus un peu au-dessus de l'ombilic, et, en auscultant, on perçoit nettement les battements du cœur du fœtus à gauche et au-dessous du nombril, ce qu'on n'avait pu constater jusque-là.

La grossesse évolua normalement dans la suite, et se termina par un accouchement normal.

Comme on le voit, la similitude des symptômes observés est frappante dans ces cinq observations. Wall donne bien peu de détails, il est vrai, mais ce soulèvement dont il parle de la tumeur par voie vaginale ne doit pas différer sensiblement du moyen que nous avons employé. Dans les cas de Laroyenne, de M. A. Martin et les nôtres, la miction fut produite d'une façon identique : au cours d'un toucher vaginal explorateur, l'introduction profonde de deux doigts amène un jet brusque d'urine qui coule dans la manche.

Nous croirions volontiers que l'on doit pouvoir reproduire ce phénomène dans la plupart des cas de rétroversion de l'utérus gravide avec rétention vésicale et que si nous-mêmes l'avons observé avec cette constance, c'est que notre attention avait été attirée de ce côté par la connaissance de la publication de Laroyenne.

Ce qu'il est, en tout cas, utile de remarquer, c'est que *la consta-*

tation de ce symptôme peut, à elle seule, faire penser à la rétroversion de l'utérus gravide et éviter une erreur dont on comprend les conséquences.

Chez notre première malade,dont l'état de gravidité n'était pas connu et qui présentait des phénomènes généraux inquiétants, au point que nous pensions à la nécessité d'une colpotomie postérieure, c'est la constatation de l'issue brusque d'un jet d'urine pendant l'exploration vaginale profonde qui permit à M. Auguste Pollosson d'affirmer le diagnostic de rétroversion d'utérus gravide.

Il convient de se demander maintenant quelle est l'explication du phénomène, et pourquoi la pression des doigts en arrière dans le cul-de-sac postérieur amène la miction, alors que la rétention est complète et que la pression sur la paroi abdominale n'amène rien d'analogue.

Laroyenne explique la chose de la façon suivante : les doigts introduits dans le vagin ont rencontré un prolongement vésical rétro-utérin. La partie postérieure de la vessie entraînée par l'utérus a basculé avec lui et derrière lui dans le Douglas. Les doigts appuient sur ce prolongement vaginal de la vessie, et la pression qu'ils y déterminent amènent la miction..

Partant de cette hypothèse qu'il considère comme un fait acquis, Seytre, par une argumentation originale et personnelle, consacre la plus grande partie de son travail à rechercher comment un tel renversement a pu se produire.

Pour nous, il nous semble qu'avant d'expliquer ce renversement de la vessie en arrière, il convient d'abord de se demander si ce renversement est réel, et si les symptômes qui l'ont fait affirmer sont suffisamment probants.

Dans l'observation IV, nous lisons que « pour assurer la totale évacuation de l'urine, il faut combiner au cathétérisme le toucher vaginal et presser avec les doigts sur les culs-de-sac vaginaux et postérieurs. On retire ainsi près de 3 litres d'une urine claire... »

Et plus loin: « Le cul-de-sac vaginal postérieur est tendu, bombé. Par le toucher rectal, on perçoit, à 7 centimètres environ au-dessous du sphincter externe de l'anus une tumeur fluctuante antérieure au rectum... »

Plus loin enfin : « La malade fut sondée aseptiquement toutes les trois heures. A chaque fois, le cathétérisme vésical fut complété par

des pressions digitales exercées sur la vessie à travers les parois vaginales, principalement en arrière. »

Dans l'observation V, les auteurs décrivent la prétendue tumeur vésicale d'une façon non moins succincte: « Nous avons remarqué, disent-ils, en essayant de pratiquer le toucher vaginal avant tout cathétérisme, que la pression du doigt sur la paroi postérieure du vagin, immédiatement au-dessus de la fourchette, provoquait un jet d'urine assez fort par le méat. Et de fait, il existait en ce point une tumeur molle, fluctuante, réductible qui tombait sous la muqueuse vaginale et qui ne pouvait être comprimée sans douleurs pour la patiente.

« Il nous vint à l'idée qu'il s'agissait évidemment d'un diverticule du réservoir vésical dans lequel la pression amenait le reflux du liquide vers la portion abdominale de cette cavité et le méat urinaire. »

En somme, la constatation d'une tumeur molle et fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, le fait que la pression sur cette tumeur amenait l'issue de l'urine ont donc permis à ces auteurs d'affirmer le renversement rétro-utérin de la vessie ; un troisième fait est venu les confirmer dans cette idée : après évacuation de l'urine, il y eut affaissement complet de la tumeur vaginale.

Ces trois constatations ne sont nullement suffisantes pour imposer l'idé d'un renversement vésical rétro-utérin. La sensation d'une masse fluctuante dans le cul-de-sac postérieur peut être aussi bien donnée par l'utérus gravide lui-même. La miction par pression sur cette masse est justement le symptôme à interpréter. Quant à la troisième constatation : la disparition de la tumeur du cul-de-sac postérieur au fur et à mesure que l'urine s'écoule, nous ferons remarquer qu'elle ne peut non plus avoir de valeur ; ne peut-on pas penser, en effet, que si le cul-de-sac postérieur a été trouvé libre après que la vessie se fut vidée, c'est que la rétroversion s'est réduite partiellement ? interprétation d'autant plus plausible qu'après le cathétérisme, l'utérus est senti débordant la symphyse de quatre travers de doigt et que trois jours après l'utérus est trouvé complètement redressé sans qu'il ait été fait d'autres manœuvres que le sondage régulier.

Le renversement de la vessie dans Douglas n'est donc qu'une hypothèse que ne démontrent nullement les symptômes mêmes qui l'ont fait admettre, que détruisent, au contraire, toutes les notions que l'on a sur les dimensions de l'utérus gravide au 4[e] et 5[e] mois de la grossesse, sur les dimensions de l'excavation pelvienne.

Pour que la miction puisse se produire par pression sur un prolongement vésical renversé derrière l'utérus, il est nécessaire que ce prolongement vésical contienne une quantité notable d'urine. En effet, nous avons vu que la miction se reproduisait à chaque pression sur le cul-de-sac postérieur et que, même après évacuation d'un litre de liquide, il était possible d'évacuer encore de nouvelles quantités d'urine par de nouvelles pressions. Il est dès lors bien évident que si ces pressions agissaient en refoulant dans la cavité vésicale l'urine contenue dans un prolongement rétro-utérin, c'est que le prolongement renfermait une quantité d'urine supérieure à la quantité d'urine écoulée.

Mais alors comment supposer que l'excavation pelvienne puisse contenir à la fois un utérus gravide rétroversé et un prolongement vésical distendu par une grande quantité d'urine ? C'est généralement au 4e mois de la grossesse que les phénomènes de rétention apparaissent, c'est-à-dire à un moment où l'utérus gravide enclavé, dans le pelvis, remplit l'excavation tout entière, produit des douleurs de compression très vives et efface la lumière du canal intestinal au point de donner des symptômes d'occlusion complète ?

Il est impossible d'admettre l'existence d'un prolongement pelvien de la vessie coexistant avec un utérus gravide rétroversé au 4e mois, et par suite les deux théories que Seytre a imaginées pour expliquer la formation de ce prolongement ne méritent même pas la discussion.

Dans le phénomène que nous décrivons, ce n'est pas par une augmentation de tension intra-vésicale que la miction se produit, puisqu'une pression légère est suffisante, même lorsque la vessie a déjà été vidée d'un litre d'urine et puisque la pression sur la paroi abdominale ne donne aucun résultat. C'est en levant l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'urine que semble agir la pression sur le cul-de-sac postérieur, et c'est ce qui explique que l'on ait un véritable déclanchement, une émission brusque d'urine, même avec une pression légère, et un arrêt de la miction quand on cesse la pression.

L'explication à laquelle nous nous rallions ne peut être qu'hypothétique, mais nous pensons, en nous basant sur la théorie admise comme mode de rétention, qu'on agit probablement en refoulant en arrière le corps utérin facilement mobilisable, que l'on diminue par ce fait la tension de la paroi antérieure du vagin et de l'urèthre, et que l'application du clapet cesse d'être effective.

BIBLIOGRAPHIE

(Nous ne donnons ici que les travaux qui intéressent les points spéciaux que nous étudions.)

Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes*, 3e édition, 1885.

Broussin. De la rétention d'urine au début de la grossesse. *Archives générales de médecine*, 1881, t. I, p. 287.

Lucien Laroyenne. *Essai sur la séméiologie du Douglas chez la femme*. Thèse de Lyon, 1902.

Lathuras-Viollet. Variété de rétention d'urine dans la rétroversion de l'utérus gravide par renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas. *Annales de gynécologie*, 1896, p. 286.

A. Martin et Brée. *Normandie médicale*, 15 juin 1896.

A. Martin. Rétroversion d'utérus gravide et rétention d'urine. Réduction spontanée après émission de 11 litres d'urine en 16 heures. *Revue méd. de Normandie*. Rouen, 1901, t. I, p. 1 à 7.

E. Monod. Cystite chez la femme dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Annales de gynécologie*, mars, avril, mai 1880.

Pinard et Varnier. De la rétroversion de l'utérus gravide. *Annales de gynécologie*, 1886-1887.

Ch. Reed. Étiologie de l'ischurie dans la rétroflexion de l'utérus gravide. *American Journal of Obstet.*, février 1904, p. 145.

Seytre. *Du renversement de la vessie dans le Douglas compliquant la rétroversion de l'utérus gravide*. Thèse de Lyon, 1897.

Zweifel. *Handbuch der Geb.*, p. 280.

VARIÉTÉS

LA MATERNITÉ D'ISORAKA A TANANARIVE (1).

ÉTABLISSEMENT PRIVÉ, FONDÉ LE 8 JANVIER 1901 PAR LE DOCTEUR VILLETTE.

La Maternité d'Isoraka est construite sur un plateau élevé réputé pour sa salubrité ; la superficie du terrain est de 6.000 mètres. Inaugurée en 1901 avec un pavillon de 20 lits dont 6 réservés aux indigents subventionnés par la ville, elle comptera prochainement 65 lits dont 45 pour les indigentes, 12 pour les Malgaches de classe moyenne, 4 pour les Européens et 4 pour les infirmières.

Personnel. — Le personnel comprend le médecin directeur, propriétaire, 5 sages-femmes diplômées, dont 3 internes, 3 infirmières dont l'une s'occupe spécialement des accouchements prématurés, 3 filles de salle, 1 cuisinière, 1 lingère, 1 blanchisseuse, 5 hommes de peine.

Lorsqu'une accouchée ne peut quitter son lit, on tolère auprès d'elle, pendant le jour, pour faciliter le service une « mpitaïza » en général la mère, la tante ou la sœur de l'accouchée, pourvu qu'elle se plie aux soins de propreté qu'on lui impose.

Hygiène générale et corporelle. — La température moyenne étant à Tananarive de 21° les fenêtres restent ouvertes toute la journée. Le sol carrelé est lavé chaque matin avec une solution de crésyl. Les lits sont passés au pétrole toutes les semaines. La peinture des salles ordinaires est vernie ; les chambres d'isolement sont passées au blanc à la sortie de chaque malade infectée.

Le manque d'eau interdit l'usage de grands bains, mais chaque femme est, à son entrée, savonnée à l'eau tiède. Le lavage est suivi d'une injection vaginale au sublimé à 1/2000. Les sages-femmes sont dressées à donner des injections intra-utérines antiseptiques à 50° C. en cas d'alerte.

La toilette des organes génitaux est faite chaque jour avec le sublimé à 1/4000 ou l'eau phéniquée à 1/100. Pendant les 5 jours qui précèdent l'accouchement, chaque femme prend 50 centigrammes de quinine. S'il s'agit d'une paludique, la quinine est donnée en injection sous-cutanée.

Les instruments sont, avant chaque opération, bouillis, flambés et maintenus dans une solution antiseptique. L'accouchement se fait sur une paillasse recouverte d'une natte et d'un drap plié. La natte est brûlée après l'accouchement pour peu qu'il n'ait pas été absolument normal.

(1) Extrait d'un mémoire descriptif très détaillé, adressé au commissaire général de l'Exposition coloniale de Marseille, par le docteur Villette.



Nombre des accouchements. — Il a été pratiqué depuis l'ouverture de la Maternité jusqu'au 15 décembre 1905 un total de 4.257 accouchements.

1901	1902	1903	1904	1905
403	705	813	1.346	1.000

La clientèle se recrute principalement à la consultation gratuite faite tous les matins. Chaque femme est interrogée et reçoit une fiche qu'elle doit rapporter aux consultations ultérieures. Dès le début, beaucoup de femmes malgaches vinrent ainsi chercher un traitement spécifique pour mener à bien leur grossesse.

Le tableau suivant donne idée de l'activité du service :

ANNÉES	Accouchements	Enfants vivants	Pour cent	Enfants morts	Pour cent	Décès des mères	Pour cent	Interventions	Pour cent
1901	225	168	75	57	25	7	3	37	16,5
1902	383	294	77	89	23	5	2,5	89	23,3
1903	557	420	76	137	24	7	1,2	206	36
1904	886	739	82,4	159	17,5	5	0,56	185	20
1905 (au 15 décembre)	876	732	82,5	144	17,5	6	0,68	181	20

L'amélioration du pourcentage des morts-nés est due d'une part au traitement intensif antisyphilitique et antipaludique, et d'autre part à ce que les sages-femmes du dehors dirigent les cas de dystocie sur la Maternité plus tôt qu'autrefois.

Sur les 698 interventions, 145 forceps ont été nécessités par le rétrécissement du bassin ; ce chiffre n'est pas en rapport avec celui des rétrécissements, ce qui tient à la fréquence des accouchements prématurés.

Instruction des sages-femmes. — La gratuité des consultations a été dès le principe un élément de succès auprès d'une population éminemment parcimonieuse et qui se sert pour le terme « payer » de l'expression « mandoa vola », littéralement, vomir l'argent.

Actuellement la clientèle payante compte pour 1/8 dans le total des accouchements. Elle consiste surtout en femmes de fonctionnaires et de commerçants. Les familles de l'*ancien régime*, malgré les avances qui leur ont été faites, continuent à se tenir à l'écart, soit par fierté, soit par manque de ressources.

Les médecins indigènes visitent en curieux la maternité et sont frappés de la faible mortalité obtenue par les soins de propreté — mais les véritables auxiliaires pour le recrutement des accouchées sont les sages-femmes. Pour assurer la tranquillité des femmes enceintes et éviter les touchers fréquents, on n' admet à l'instruction que 24 sages-femmes par an, soit 4 tous les deux mois. Pendant ces deux mois, chaque élève sage-femme voit pratiquer, ou pratique elle-même sous la direction du médecin ou des sages-femmes internes, environ

40 accouchements, ce qui lui donne une notion suffisante de l'accouchement normal. Les sages-femmes élèves assistent aussi aux accouchements difficiles, et donnent des soins pour les suites de couches. Chacune a 6 femmes enceintes à surveiller.

Parité des accouchées. — Sur 2.927 accouchements, voici les chiffres de la parité : 745 primipares ; 601, II ; 479, III ; 320, IV ; 233, V ; 141, VI ; 107, VII ; 76, VIII ; 68, IX ; 51, X ; 36, XI ; 17, XII ; 21, XIII ; 17, XIV ; 5, XV ; 3, XVI ; 3, XVII ; 1, XVIII ; 1, XIX ; 2, XX.

La primipare la plus jeune avait 12 ans ; l'âge moyen des primipares malgaches est de 15 ans et 6 mois, mais quelques-unes dépassent 35 ans.

La multipare la plus âgée avait 47 ans. On connaît à Tananarive des cas d'accouchement avant 10 ans et après 60 ans.

Sur 2.927 accouchements on a noté 26 grossesses gémellaires, dont 8 à terme ; c'est une proportion très faible. Un seul cas de grossesse triple, qui ne dépassa pas six mois.

Pathologie de la grossesse. — La syphilis et le paludisme sont les deux facteurs principaux de la pathologie de la grossesse.

Pendant cinq ans le docteur Villette a examiné spécialement à ce point de vue : 75 cas en 1901 et 100 cas les années suivantes. Pour le paludisme, l'examen a été fait pendant les mois de mai, juin et juillet. Voici trois tableaux résumant le résultat de ses constatations :

I. — Syphilis et grossesse.

ANNÉES	SYPHILIS	CAS TRAITÉS	ENFANTS VIVANTS		ENFANTS MORTS	
			à terme	prématurés	à terme	prématurés
1901	26	3	6	6	2	12
1902	19	4	7	1	—	11
1903	44	24	23	6	—	15
1904	49	25	30	11	1	7
1905	51	31	24	13	3	11

II. — Paludisme et grossesse.

ANNÉES	PALUDISME	CAS TRAITÉS	ENFANTS VIVANTS		ENFANTS MORTS	
			à terme	prématurés	à terme	prématurés
1901	8	—	7	1	»	»
1902	16	7	8	7	1	»
1903	24	8	10	13	3	»
1904	44	31	10	28	6	»
1905	44	40	11	26	7	»

III. — Syphilis avec paludisme et grossesse.

ANNÉES	NOMBRE DE CAS	CAS TRAITÉS	ENFANTS VIVANTS		ENFANTS MORTS	
			à terme	prématurés	à terme	prématurés
1901	3	»	»	2	»	1
1902	10	3	3	2	»	4
1903	17	7	6	9	»	2
1904	41	23	23	10	1	6
1905	43	31	31	8	1	3

Il ressort de ces tableaux que sur ces 475 grossesses on a rencontré 114 cas pathologiques.

On a remarqué qu'en cas de coexistence de la syphilis et du paludisme le traitement spécifique paraissait moins actif.

Outre la syphilis et le paludisme, on a noté sur 1.485 grossesses la leucorrhée simple, 233 fois ; l'albuminurie, 115 fois : la blennorrhagie, 68 fois ; la grippe, 44 fois ; l'hydramnios, 37 fois ; la misère physiologique, 20 fois ; la cachexie paludéenne, 15 fois ; la syphilis secondaire, 14 fois ; l'éclampsie, 12 fois ; l'urémie, 6 fois ; les maladies de cœur, 6 fois ; l'épistaxis grave, 6 fois ; la pneumonie, l'ictère grave et l'anémie, 5 fois ; la tuberculose pulmonaire, 4 fois ; le tétanos et l'asthme, 1 fois.

Diamètres pelviens et diamètres de la tête fœtale dans la race malgache. — D'après plus de 1.000 mensurations les diamètres pelviens paraissent chez les Malgaches de 15 à 25 millimètres inferieurs aux diamètres correspondants de la race blanche.

Diamètres	Détroit supérieur.		Détroit inférieur.	
Transverse	Blancs : 13 à 14	Malgaches : 12	Blancs : 10	Malgaches : 9
Oblique	— 12 à 12,5	— 10,1	— 11 à 11,5	— 10,1 à 10,5
Ant. post.	— 11	— 9,8 à 10	— 12	— 9,8 à 10

D'autre part on constate aussi des différences dans les diamètres de la tête fœtale. Les mensurations n'ont porté que sur des fœtus à terme dont le poids variait entre 2.500 et 4.200 grammes.

Bi-pariétal.	Blancs : 9,5	Malgaches : 9
Bi-temporal	— 8,5	— 8,1
S. O. Bregmatique.	— 9,5	— 8,5

Il y a donc chez le fœtus une réduction du diamètre de la tête permettant l'adaptation aux diamètres du bassin. Mais la difficulté de l'accouchement réside en ce que le bassin malgache semble avoir subi une sorte de tassement qui accentue la saillie du promontoire, et relève la symphyse pubienne. Il en résulte que l'engagement de la tête est gêné ; la lèvre antérieure du col est

pincée entre la tête et le pubis, et s'œdématie ; puis la rotation se fait mal. Il résulte aussi de l'aplatissement du bassin que le périnée est spécialement long et se rupture fréquemment. Le travail se trouve donc ralenti, et l'application du forceps devient souvent nécessaire.

Dystocie. — Quelques accouchements ont été rendus difficiles par des cicatrices vaginales d'origine syphilitique.

On a noté 71 fois la rigidité du col chez des femmes à terme, 14 fois pour des accouchements prématurés. Ces cas ont été traités soit par le chloral et le chloroforme, soit par le ballon dilatateur.

1 cas d'utérus unicorne.

1 cas d'hydrocéphalie, traité par version et ponction.

5 cas d'excès de volume du fœtus avec embryotomie.

39 cas d'excès de volume de la tête du fœtus avec ossification des fontanelles.

11 présentations de l'épaule sur 1.819 accouchements à terme, et 26 sur 881 accouchements prématurés.

16 présentations de la face, soit 1 : 113.

29 présentations du siège, soit 1 : 63.

Les rétrécissements du bassin ont été notés 146 fois sur 1.819 accouchements, soit 1 : 12.

Sur 462 bassins, 67 fois l'intervention eût été inévitable en cas de grossesse à terme.

Les bassins sont le plus souvent généralement rétrécis, et si les interventions ne sont pas plus fréquentes c'est que la moitié des grossesses n'arrivent pas à terme. En effet sur 2.927 grossesses, on compte 1.819 enfants dont le poids varie de 2 kgr. 500 à 4 kgr. 200; 881 dont le poids varie de 1 kgr. 200 à 2 kgr. 550 et 227 avortons.

Il a été constaté 2 ruptures de l'utérus, l'une par présentation de l'épaule négligée, l'autre par rigidité du col.

Les procidences du cordon et des membres sont rares.

Les hémorragies par insertion vicieuse du placenta sont fréquentes, 61 sur 2.700 accouchements, dont 1.819 à terme; 6 fois l'insertion était centrale, 7 fois partielle ; 20 fois marginale ; 28 fois latérale. Le placenta prœvia est donc très fréquent chez les Malgaches.

4 cas de mole hydatiforme expulsée entre 5 et 6 mois, avec forte hémorragie.

Accidents de la délivrance. — Il a été noté 21 cas d'adhérences partielles du placenta ou des membranes sur 1.819 délivrances à terme (1/91), et 60 fois sur 881 délivrances avant terme (1/14,6). Il y a eu 36 fois des hémorragies consécutives à ces adhérences (1/75). On a noté 15 fois de la rétention placentaire sur 2.700 accouchements, 10 fois à terme, 5 fois avant terme.

2 cas d'inversion utérine totale, après des délivrances avant terme pratiquées sur la voie publique, la femme étant debout. Les 2 cas amenés sans perte de temps à la Maternité furent réduits facilement et guérirent sans accidents.

Suites de couches. — Les seuls accidents qui aient été observés ont été des hémorragies, d'ailleurs fréquentes, 147 cas sur 2.700 accouchements. Elles débutèrent dans les 6 heures suivant l'accouchement.

Opérations. — Elles ont consisté en 1 élytrotomie pour grossesse abdominale à terme ; mère et enfant en bonne santé. 1 césarienne, pour rétrécissement à 7 centimètres. Mort de péritonite après 36 heures. 1 céphalotripsie pour excès de volume du fœtus. Guérison.

145 applications de forceps pour rétrécissement entre 8 et 10 centimètres.
44 versions podaliques (présentation de l'épaule, de la face, ou placenta prœvia).
190 délivrances artificielles, suivies de curage digital.
43 accouchements prématurés.
25 curettages pour infection.

Mortalité. — 5 par placenta prœvia ; 5 par péritonite (dont 1 avant l'entrée) ; 3 par urémie ; 2 par rupture utérine ; 5 par infection puerpérale (dont 3 déclarées avant l'entrée) ; 2 par syncope succédant à des hémorragies ; 3 par pneumonie grippale antérieure à l'accouchement ; 1 par phlegmon du ligament large ; 1 par éclampsie ; 1 par albuminurie ; 1 par misère physiologique ; 1 par hépato-toxhémie.

Soit 30 décès pour 2.927 femmes traitées, 1,02 p. 100. En faisant abstraction de 10 cas désespérés à l'entrée, il reste 20 décès sur 2.927 accouchements soit 0,68 p. 100.

REVUE ANALYTIQUE

De l'hémorragie post-partum (Post-partum hœmorrhage), Le Page. *British med. Journ.*, 3 janvier 1907, p. 1907.

L'auteur illustre en quelque sorte et justifie sa façon de combattre l'hémorragie grave *post-partum*, par l'observation suivante :

Obs. — X... 29 ans, multipare, était délivrée depuis une heure et demie, quand je fus appelé d'urgence. A mon arrivée, on me dit que la femme était morte. Dans la chambre à coucher, je trouvais les docteurs X... et Y... Il y avait beaucoup de sang sur le plancher. La femme était livide : pouls radial, respiration non perceptibles. Yeux tournés en haut, pas de réflexe palpébral, dilatation des pupilles. Immédiatement, je pousse un coussin sous les hanches. Je comprime l'aorte abdominale de la main gauche ; *je fais dresser les membres inférieurs perpendiculairement au lit ainsi que les membres supérieurs.* Puis, un fort bandage est serré à la racine des quatre membres. Immédiatement, lavements de 2 onces de brandy avec 2 onces d'eau, puis les bras sont abaissés. Les battements de l'aorte augmentent rapidement. Ma main droite aseptisée, je l'introduis dans la matrice et retire les caillots. A ce moment, je cesse en partie de comprimer l'aorte, il n'y a plus d'hémorragie. La femme regarde autour d'elle et fait signe qu'elle veut parler. L'utérus se contractant vigoureusement, je retire ma main droite, abaisse les membres inférieurs, abandonne enfin l'aorte. De l'eau et de l'eau-de-vie sont bues avec avidité. Le coussin est retiré. Le pouls radial est bon; la température périphérique se relève. Respiration 22. — Enlèvement *lent* du bandage qui comprime les bras. Celui des membres inférieurs n'est enlevé que plus tard, dans les trois heures qui suivirent cette intervention, et en se basant sur les effets produits par la nourriture. Convalescence, en dépit de l'anémie, très régulière. Lever le vingtième jour.

L'auteur schématise ainsi les raisons de sa manière de faire : « Pas de travail possible sans énergie ; pas d'énergie inhérente à la musculeuse utérine ; la contraction utérine est fonction exclusive de l'action des centres nerveux : privés de sang, les centres nerveux ne produisent pas, et *ne peuvent* pas produire de l'énergie ; dans le collapsus qui suit l'hémorragie profuse, il y a forcément stase dans le système vasculaire qui alimente les centres nerveux. Aussi, comme la déplétion sanguine se fait rapidement, il faut, d'un coup, arrêter l'hémorragie ; comme les centres nerveux sont paralysés, il faut réveiller leur activité ; enfin, comme l'utérus ne se contracte pas, maintenant que la malade revit et que l'innervation est restaurée, il faut mettre en œuvre les moyens capables de produire la contraction utérine normale.

L'auteur ajoute que sur un total de 5.000 accouchements, il n'a pas perdu, grâce à son traitement, une seule femme d'hémorragie *post-partum* !

R. L.

De l'état neutrophile du sang dans les suites de couches physiologiques et pathologiques et de ses variations sous l'influence du sérum streptococcique (Das neutrophile Blutbild im physiologischen und pathologischen Wochenbette und seine Veranderungen unter der Streptokokhenserumwirkung). O. BURKARD, *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXX. Hft. 3, p. 532.

Depuis quelques années, on s'efforce de pénétrer certains processus *chimiques* que subissent le plasma et le sérum sanguin à l'occasion de maladies infectieuses, et ces recherches semblent devoir fournir des résultats incomparablement supérieurs à l'étude *exclusive* des modifications *morphologiques*, subies par les éléments figurés du sang dans les mêmes conditions. Toutefois, les recherches de ces dernières années sur l'infection et l'immunité ont indiscutablement démontré que *les variations dans les rapports de nombre et d'assemblage des globules blancs représentent un processus important, lequel est en connexion certaine et interne avec les modifications chimiques du sang.* C'est le travail d'Arneth (*Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infections Krankheiten*, 1904), qui réalisa, dans cette voie, un réel progrès. La méthode des recherches hématologiques d'Arneth a pour base les diversités des noyaux des leucocytes, qu'il a surtout étudiées sur les *neutrophiles*, principaux facteurs de l'hyperleucocytose dans les maladies infectieuses. Dans le travail actuel, la méthode d'Arneth a été utilisée pour déterminer l'état des neutrophiles dans les suites de couches, particulièrement dans les suites de couches fébriles, et dans le but : 1° de fournir une contribution à la question non encore résolue de l'état des leucocytes dans les maladies infectieuses ; 2° de montrer si le traitement de la fièvre puerpérale à streptocoques par un sérum spécifique streptococcique influe de façon évidente sur l'état des neutrophiles.

Or, à la lecture de ce travail, il semble bien que l'étude des variations dans les rapports numériques des diverses formes de neutrophiles peut fournir des indications très utiles ; que, d'une manière générale, la diminution rapide et considérable des formes mûres, neutrophiles mononucléaires, et leur remplacement par des formes jeunes, multinucléaires indique une attaque sérieuse de l'organisme, qui peut être en partie compensée par une abondante formation de ces formes jeunes ; que, d'autre fois, l'atteinte à l'organisme paraît d'autant plus sévère et grosse de périls, que la diminution des formes adultes n'est pas suivie de cette compensation relative, ce qui témoignerait d'une insuffisance des organes de défense ; que, dans les infections à streptocoques, les sérums spécifiques antistreptococciques, surtout quand le traitement doit être suivi de succès, déterminent une fabrication intense de neutrophiles, au point qu'analysant les phénomènes observés, et se basant sur ce que l'on sait aujourd'hui des ambocepteurs, corps complémentaires, bactériolysines, l'auteur pense que ce sont surtout les leucocytes neutrophiles qui, en se détruisant, fournissent ces corps complémentaires, qui avec les ambocepteurs concourent à la lutte contre les éléments étrangers et ennemis de l'organisme ; qu'enfin de compte, *un sérum, si efficace soit-il, ne saurait procurer la guérison, si l'organisme n'intervient pas activement dans la défense.* R. L.

Contribution à l'étude de l'étiologie du *placenta circumvallata* (Beitrag zur Ætiologie der Placenta circumvallata). LIEPERNAM, *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXX, Hft. 3, p. 439.

De l'étude macroscopique et miscroscopique de quatre pièces pathologiques, particulièrement appropriées à cette étude, l'auteur a déduit les conclusions suivantes :

1° Les placentas cernés (*circumvallata*) et marginés sont produits par des plissements des membranes ;

2° Le placenta marginé dérive du placenta circumvallata, par aplatissement du plissement par suite de l'augmentation de la pression intra-utérine et de la diminution de place ;

3° Endométrite déciduale, formation d'infarctus, etc., ne sont pas cause, mais seulement effet du plissement des membranes ;

3° Le plissement se produit à une époque où la C. réfléchie n'est pas encore soudée à la C. vraie ;

4° La cause du plissement est une sorte de refoulement (Stauchung) du sac ovulaire produit : *a*) par le siège anormal du placenta : placenta cerné à l'angle tubaire ; placenta prævia ;

b) Variations du liquide ammiotique ou contractions de la grossesse ;

6° Il ne faut pas attribuer au placenta circumvallata, contrairement à Herff, une importance spéciale sous le rapport de l'évolution de la grossesse et des suites de couches.

R. L.

La classification des bassins rétrécis et le pronostic des diverses formes (Die Einteilung des engen Becken und die Prognose der eizelne Formen). *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 10, p. 281.

Du bassin plat ou du bassin généralement rétréci, quel est celui qui se montre le plus défavorable par rapport à la naissance de l'enfant ? — Pas de meilleure manière de solutionner la question qu'en déterminant la proportion des accouchements spontanés dans les deux variétés de sténose. Or, si l'on adopte la classification de Litzmann-Zweifel basée sur *le degré et la forme* de rétrécissement, on constate qu'*avec un même degré de rétrécissement, la proportion des accouchements spontanés est plus forte dans les bassins généralement rétrécis que dans les bassins plats.*

1° *Statistique avec les matériaux de la clinique de Tubingue* (accouchements spontanés d'enfants *à terme* sur un total de près de 700 accouchements) :

		Pour rétrécissement du 1er degré.					
Bassins généralement rétrécis.	94,5 p. 100	à savoir	142	accouchements	dont	134	spontanés
— plats	86,4	—	— 350	—		303	—
		Pour rétrécissement du 2e degré.					
Bassins généralement rétrécis.	79,3 p. 100	à savoir	116	accouchements	dont	82	spontanés
— plats	54,6	—	— 86	—		42	—



La différence est particulièrement forte dans le rétrécissement du 2e degré : *le bassin généralement rétréci donne 25 p. 100 d'accouchements spontanés de plus que le bassin plat.*

2° *La statistique de Krönig* confirme ces résultats :

	Pour le 1er degré.			
Bassins généralement rétrécis. . .	94,8 p. 100	137 accouchements dont	130 spontanés	
— plats	86,5 —	371 —	321 —	
	2e degré.			
Bassins généralement rétrécis. . .	67,3 p. 100	101 accouchements dont	68 spontanés	
— plats	52,6 —	133 —	70 —	

3° *Statistique de Säxinger* (1.100 accouchements):

	1er degré.		
Bassins généralement rétrécis . . .	92,7 p. 100	110 accouchements dont	102 spontanés
— plats	84,4 —	529 —	459 —
	2e degré.		
Bassins généralement rétrécis. . .	81,8 p. 100	264 accouchements dont	216 spontanés
— plats	61,6 —	202 —	124 —

Ces résultats, qui ressortent de l'examen critique d'un nombre considérable d'observations, démontrent nettement qu'on n'est pas justifié à établir des degrés de rétrécissements pour lesquels on n'adopte pas, quelle que soit la forme du bassin, une même longueur du conjugué vrai. La classification Litzmann-Zweifel enregistre : pour le 1er degré : *a*) bassin généralement rétréci, 9 et 10 centimètres, et *b*) bassin plat, 9 cm. 5 et 8 cm. 25 ; pour le 2e degré : *a'*) bassin généralement rétréci, 8 cm. 9 et 7 cm. 4 ; *b'*) bassin plat, 8 cm. 2 à 7 cm. 4, *différences arbitraires qui paraissent reconnaître une signification pronostique beaucoup trop sévère, sous le rapport de l'accouchement spontané, à la première des deux variétés.*

Si, au contraire, *on classe les bassins d'après seulement la longueur du conjugué vrai*, abstraction faite du type de sténose, on obtient alors pour les deux types pelviens, plat et généralement rétréci, presque la même proportion d'accouchements spontanés.

1° *Statistique de Tubingue* :

	Conj. vrai, 9 cm. 5 à 8 cm. 6.		
Bassins généralement rétrécis. . .	91,1 p. 100	125 accouchements dont	110 spontanés
Bassins plats	89,8 —	325 —	292 —
	Conj. vrai, 8 cm. 5 à 7 cm. 6.		
Bassins généralement rétrécis . . .	71,4 p. 100	91 accouchements dont	65 spontanés
— plats	61,7 —	123 —	65 —

résultats qui se retrouvent dans les statistiques de Säxinger et Zweifel.

Conj. vrai, 9 cm. 5 à 8 cm. 6.

	Döderlein	Zweifel	Säxinger
Bassins généralement rétrécis. . .	91,1 p. 100	95 p. 100	95 p. 100
— plats	89,8 —	88,8 —	88,3 —

	Conj. vrai, 8 cm. 6 à 7 cm. 6.		
Bassins généralement rétrécis. . .	71,4 p. 100	71,8 p. 100	80,0 p. 100
— plats	61,7 —	69,7 —	70,3 —

d'où cette proposition justifiée par l'importance des chiffres et la concordance des trois statistiques : *la spontanéité de l'accouchement dépend surtout de la longueur du conjugué vrai. C'est le degré et non la forme de la sténose qui prime dans le pronostic de l'accouchement.* Ici encore, où il n'est tenu compte que de la longueur du conjugué vrai, ce sont les bassins légèrement rétrécis qui fournissent la proportion la plus élevée d'accouchements spontanés. Différence qui va jusqu'à 10 p. 100 dans les bassins, dont le conjugué vrai varie de 8 cm. 5 à 7 cm. 5.

En ce qui concerne la *mortalité infantile*, elle est également moindre dans les bassins légèrement rétrécis que dans les bassins plats.

Conj. vrai, 9 cm. 5 à 8 cm. 6.

Mortalité infantile :

Bassins généralement rétrécis.	5,6 p. 100
— plats	5,5 —

Conj. vrai, 8 cm. 5 à 7 cm. 6.

Bassins généralement rétrécis.	10,0 p. 100
— plats	16,2 —

L'influence particulièrement fâcheuse qu'on attribue aux bassins généralement rétrécis, ressort encore de ce fait qu'on range dans les bassins rétrécis ceux de ce type qui ont un conjugué vrai de 10 centimètres, tandis que pour les bassins plats, on ne le fait qu'à partir d'un conjugué vrai de 9 centimètres et demi.

Or, si l'on recherche la fréquence des accouchements spontanés dans ces deux formes de bassins avec un conjugué vrai de 9 centimètres et demi à 10 centimètres, on reconnaît que cette classification est absolument arbitraire et non fondée.

Conj. vrai, 9 centimètres et demi à 10 centimètres.

Accouchements spontanés :

Bassins généralement rétrécis.	primipares, 100 p. 100	multipares, 98 p. 100
— plats.	— 92 —	— 92 —

Sans distinction en multipares et primipares :

Bassins généralement rétrécis.	98 p. 100	60 accouchements dont 59 spontanés
— plats.	92 —	168 — 156 —

Ici encore, *pour le degré le plus faible de sténose*, *l'avantage est aux bassins généralement rétrécis.* — En conséquence, ou la qualité de rétréci sera également attribué aux bassins plats à partir d'un conjugué vrai de 10 centimètres ou elle sera retirée aux bassins généralement rétrécis.

Les statistiques précédentes se rapportent à des bassins pour lesquels le qualificatif « généralement rétréci » a été appliqué lorsque les deux diamètres externes (D. des épines, D. des crêtes) étaient inférieurs de 1 centimètre aux dimensions normales 25 et 28.



Cette sélection pouvant être discutée, il a été choisi comme généralement rétrécis ceux où ces dimensions étaient de 2 centimètres au moins inférieures aux dimensions normales; et alors on a obtenu :

Accouchements spontanés avec un conj. vrai de 9 cm. à 8 cm. 6.

Bassins plats.	primipares,	92 p. 100	multipares,	83 p. 100
— généralement rétrécis	—	96 —	—	83 —

Conj. vrai, 8 cm. 5 à 7 cm. 6.

Bassins plats	primipares,	67 p. 100	multipares,	58 p. 100
— généralement rétrécis	—	68 —	—	75 —

Ici encore, où la sélection est basée sur une définition rigoureuse du rétrécissement général, l'avantage est aux bassins généralement rétrécis, et particulièrement dans le cas de rétrécissement notable.

Il a été enfin établi une autre classification par la formation d'un groupe de bassins pour lesquels on pouvait faire rentrer dans l'étiologie de la sténose le rachitisme, ce qui a donné :

Conj. vrai, 9 cm. 5 à 8 cm. 6.

Bassins plats	primipares,	92 p. 100	multipares,	83 p. 100
— généralement rétrécis	—	100 —	—	86 —
— généralement et régulièrement rétrécis, plats *rachitiques*. . . .	—	94 —	—	81 —

Conj. vrai, 8 cm. 6.

Bassins plats	primipares,	67 p. 100	multipares,	58 p. 100
— généralement et régulièrement rétrécis.	—	70 p. 100	—	78 —
— généralement rétrécis ; plats rachitiques.	—	67 —	—	71 —

Ici encore, l'avantage est aux bassins généralement et régulièrement rétrécis ; les bassins généralement rétrécis mais plats rachitiques tiennent, pour ainsi dire, le milieu ; *les bassins plats restent les plus défavorables.*

En conclusion de son travail, l'auteur souhaite qu'on renonce à la division complexe et injustifiée des bassins rétrécis basée sur le type du bassin, pour introduire en Allemagne la division pratique, adoptée depuis longtemps en France et exclusivement basée sur la dimension du conjugué vrai.

R. L.

Des résultats définitifs de l'ovariotomie (Uber die Enderfolge des Ovariotomie). A. Glockner. *Arch. f. Gyn.*, Bd., 8 o, Hft., 1, p. 1.

Travail fait avec des documents colligés à la clinique de Leipzig (Zweifel).

Pour un total de 540 opérées, il fut possible de se procurer les renseignements ultérieurs nécessaires sur 500 = 92,6 p. 100. « Pour raison de simplicité, écrit l'auteur, j'indique dans ce qui suit tous les cas dans lesquels survint plus tard une néo-tumeur qui avait une connexion étiologique quelconque avec

la tumeur enlevée ou ceux dans lesquels on put tenir pour une « récidive » une tumeur développée sur l'ovaire laissé *in situ.* » L'auteur a adopté une classification anatomique : A. TUMEURS CONNECTIVES : 1° *fibrome*, 2° *sarcome*, 3° subdivision annexe, *tumeurs de genèse douteuse* (endothéliome, etc.); B. TUMEURS ÉPITHÉLIALES; 1° *kyste séreux simple*, 2° *a*) *kyste glandulaire*, *b*) *kyste pseudo-papillaire*, 3° *kyste papillaire*, 4° *cancer de l'ovaire*, *a*) primitif, *b*) secondaire, C. TUMEURS TÉRATOÏDES : *a*) *kystes dermoïdes*, *b*) *tératomes*, *c*) subdivision annexe *kyste parovarique*.

A. — TUMEURS CONNECTIVES.

1° *Fibrome* : 9 cas utilisables, dont 8 récidivés :

2 ou 3 ans *post operationem*	. . . . .	2
2 4 — —	. . . .	2
4 5 — —	. . . .	1
7 8 — —	. . . .	1
8 9 — —	. . . .	1
11 12 — —	. . . .	1

« Une des opérées qui, 2 ans et 10 mois *post operationem* était indemne de récidive, mourut 4 ans et 8 mois après l'opération vraisemblablement de *carcinose généralisée*. Je crois, écrit l'auteur, que cette carcinose diffuse n'a pas été une vraie récidive, qu'elle a été plutôt la suite d'un cancer d'un autre organe, peut-être l'estomac; je ne le note donc pas comme un cas de récidive. »

2° *Sarcome* : 15 cas utilisables, dont 3 de fibro-sarcomes :

récidivés.	8	soit 53,3 p. 100
non récidivés	6	40 p. 100
récidive douteuse.	1	6,7 p. 100

Le cas douteux (fibro-sarcome) concerne une femme de 68 ans, morte plus de 7 ans après l'opération ; on ne put avoir aucun renseignement complémentaire sur la cause de la mort ; dans ce cas, la récidive est peu probable.

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

3 ou 4 ans dans 2 cas	8 ou 9 ans dans 2 cas
6 7 ans — 1 cas	13 14 ans — 1 cas

Date de la récidive après l'opération :

Au cours d'une année dans 7 cas
— de 5-6 ans — 1 cas (1).

(1) D'après les renseignements fournis par le médecin de famille, la cause de la mort aurait été un cancer de l'estomac ; il figure néanmoins, ici, comme récidive parce que l'autopsie ne fut pas faite.



Influence de l'extirpation simultanée du second ovaire et de l'utérus, les chiffres deviennent :

	sans récidive	récidive
2° ovaire enlevé	4. . . .	8
2° ovaire laissé *in situ*	2 . . .	0
Utérus totalement ou partiellement enlevé. . .	2. . . .	5

3° Groupe complémentaire (*endothéliome* et productions similaires). De toutes mes observations, écrit l'auteur, une seule semble devoir rentrer dans ce groupe, encore ne la dénommerai-je qu'avec réserve « *endothéliome* », il y eut récidive peu de mois *post operationem*.

B. — Tumeurs épithéliales.

1° *Kyste séreux simple*. « Je me suis efforcé, écrit Glockner, de rassembler dans ce groupe tous les cas qni correspondent à la définition de Pfannenstiel :

Kystes tapissés d'un épithélium, lequel prolifère sans relâche et qui peut par la sécrétion cellulaire produire des tumeurs énormes Elles se distinguent des adénokystomes par l'absence dans la paroi de productions glanduliformes proliférantes et par la forme et la fonction des cellules épithéliales. J'ai laissé entièrement de côté les cas d'*hydrops folliculi*, de simples kystes par rétention.

29 cas utilisables :

non récidivés.	28 soit	96,6 p. 100
récidivés	1	3,4 p. 100

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

1 ou	2 ans.	3	8 ou	9 ans.	1
2	3 ans. . .	6	9	10 ans.	2
3	4 ans. . . .	3	10	11 ans.	1
4	5 ans. . . .	3	11	12 ans. . .	1
5	6 ans. . . .	2	12	13 ans.	1
7	8 ans. . . .	3	13	14 ans.	1
			14	15 ans.	1

Dans le cas de *récidive*, il se développa, 1 an *post operationem*, sur l'ovaire *in situ* un gros kyste, sur la nature anatomique duquel on ne sait rien de précis.

2° *a*) *kyste glandulaire*, cas utilisables, 285 sont :

non récidivés.	269 soit	94,4 p. 100
récidivés	10	3,5 p. 100
récidive douteuse	6	2,1 p. 100

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

0 ou	1 an	11	9 ou	10 ans	15
1	2 ans	2	10	11 ans	16
2	3 ans	27	11	12 ans	7
3	4 ans	21	12	13 ans	15
4	5 ans	21	13	14 ans	15
5	6 ans	29	14	15 ans	8
6	7 ans	22	15	16 ans	10
7	8 ans	20	16	17 ans	5
8	9 ans	17	17	18 ans	3

Date de la récidive après l'opération :

dans 1 an	1	dans 7 ans	1
— 2 ans	2	— 8 ans	1
— 3 ans	2	— 11 ans	2
— 4 ans	1		

Influence de l'extirpation simultanée du deuxième ovaire.

	sans récidive	récidive	
2e ovaire enlevé	113	1 soit	0,9 p. 100
2e — laissé	145	7	4,6 p. 100

Des 10 opérées frappées de récidive sont :

mortes de la maladie cancéreuse	4 soit	1,4 p. 100
— de développement de tum. sur le 2me ovaire	5	1,8 p. 100
-- pseudo-myxome du péritoine	1	0,35 p. 100

b) *Kyste pseudo-papillaire* : Cas utilisables 10 :

non récidivés. . . . . 10 récidivés. 0

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

1 ou	2 ans	1	7 ou	8 ans	1
2	3 ans	4	11	12 ans	2
6	7 ans	1	12	13 ans	1

3° *Kystes papillaires* : Cas utilisables 19 :

non récidivés	17 soit	89,5 p. 100
récidivés	2	10,5 p. 100

Durée de l'observation post operationem pour les cas non récidivés.

1 ou	2 ans	1	9 ou	10 ans	1
2	3 ans	1	10	11 ans	1
3	4 ans	3	11	12 ans	1
4	5 ans	1	13	14 ans	2
5	6 ans	2	16	17 ans	1
7	8 ans	3			

Date de la récidive après l'opération :

durant 1 an.	1	durant 2 ans.	1

Influence de l'extirpation simultanée du deuxième ovaire :

	Sans récidive	récidive
2e ovaire enlevé	14.	2
2e — laissé *in situ*	2.	0
2e — —	1	

Caractères de la récidive : dans les 2 cas, après la castration bilatérale, des métastases multiples de nature cancéreuse se produisirent sans qu'on pût trouver une tumeur qui semblât être le foyer originaire de ces métastases.

4° *Cancer de l'ovaire, a) Cancer primitif* :
Cas utilisables 36 :

récidive douteuse	1	soit 28 p. 100	
non récidivés	13	36 p. 100	(34,3 p. 100) (1).
récidivés.	22	61,1 p. 100	

Durée de l'observation post operationem pour les cas non récidivés :

0 ou 1 an !.		1	5 ou 6 ans.		4
1	2 ans.	1	6	7 ans.	3
2	3 ans.	1	11	12 ans.	1
4	5 ans.	1	17	18 ans.	1

Les cas observés pendant 5 ans donnent *non récidivés* : 29 p. 100.
— — — 33 p. 100.

Date de la récidive après l'opération :

dans 1 an *post operationem*.	12	soit 54,5 p. 100.	
— 2 ans —	5	22,7	—
— 3 ans —	2	9,1	—
— 4 ans —	2	9,1	—
— 7 ans —	1	4,5	—

Influence de l'extirpation simultanée du second ovaire.

	pas de récidive	récidive
2e ovaire enlevé.	9.	19
2e — laissé.	4.	2

Des cas de *cancers de l'ovaire bilatéraux* déjà à l'examen macroscopique, en tout 9, 8 se sont terminés par la récidive :

dans 1 an	5
— 2 ans.	2
— 3 ans.	1

(1) Si l'on retranche le cas observé un an seulement, et qui, au dire du médecin de famille, se serait terminé par la « *mort par apoplexie* ».

Dans le neuvième cas, la récidive reste douteuse.

Dans 3 cas le deuxième ovaire parut indemne à l'examen macroscopique; mais le microscope y révéla du cancer : 2 récidivèrent dans l'année, le troisième finit par apoplexie après 1 an, sans récidive jusqu'alors.

Influence de l'extirpation simultanée, totale ou partielle, de l'utérus.

a) Amputation supra-vaginale de l'utérus : pas de récidive, 2; récidive, 2.

b) Extirpation totale de l'utérus : pas de récidive, 5; récidive, 6.

Dans les cas non récidivés, l'utérus fut enlevé en totalité ou en partie . . . . 53,8 p. 100.

Dans les cas récidivés, l'utérus fut enlevé en totalité ou en partie . . . . 36,3 p. 100.

b) *Cancer secondaire.* — Des 11 cas provenant des matériaux de cette clinique, tous, sauf un seul, se terminèrent par la mort très peu de temps *post operationem*, du fait soit de la tumeur primaire non enlevée au moment de l'intervention soit de métastases.

C. — TUMEURS TÉRATOÏDES.

a) *Kyste dermoïde.* Cas utilisables 48 :

pas de récidive.	46 soit	95,8 p. 100.
récidive	2	4,2 p. 100.

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

0 ou	1 an	1	9 ou	10 ans.	1
2	3 ans.	5	11	12 ans.	1
3	4 ans.	6	12	13 ans.	3
4	5 ans.	7	13	14 ans.	3
5	6 ans.	3	15	16 ans.	2
6	7 ans.	5	16	17 ans.	1
7	8 ans	4	17	18 ans.	2
8	9 ans.	2			

Date de la récidive après l'opération.

dans 1 an *post operationem*. . . . 2

Caractères de la récidive. Dans l'un des cas, 6 ans et 8 mois après la première opération, on enlève un kyste dermoïde du côté opposé; dans l'autre, après même laps de temps, le médecin de famille enleva une tumeur plus grosse qu'un œuf de l'ovaire laissé *in situ* (nature anatomique de cette tumeur restée ignorée).

Influence de l'extirpation simultanée du second ovaire :

	pas de récidive	récidive
2e ovaire enlevé.	18.	0
2e — laissé.	27.	2

Deux des kystes dermoïdes étaient au moment de l'observation atteints de dégénérescence cancéreuse. Une des femmes mourut des suites opératoires et à l'autopsie on trouva des métastases dans divers organes. Le deuxième cas reste non récidivé après plus de 10 ans.

b) *Tératomes*, 2 cas. Une des opérées est morte à peine quelques semaines après l'opération de *métastases multiples*; l'autre, *struma ovarii*, reste après 3 ans sans récidives.

c) Groupe complémentaire. *Kyste parovarique*, cas utilisables 39 :

non récidivés	38	soit 97,4	p. 100.
récidivés.	1	2,6	p. 100.

Durée de l'observation post operationem, pour les cas non récidivés.

0 ou 1 an	1		7 ou 8 ans.	2
1	2 ans.	1	8	9 ans.	1
2	3 ans.	5	9	10 ans.	2
3	4 ans.	6	10	11 ans.	2
4	5 ans.	4	11	12 ans.	1
5	6 ans.	5	14	15 ans.	3
6	7 ans.	4	15	16 ans.	1

Dans le seul cas de récidive, 5 ans 9 mois après la première opération, on enleva un kyste *intra-ligamentaire* du côté opposé sur la nature anatomique duquel on ne sait rien de précis.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Die neue Konigliche Frauenklinik in Dresden, par LÉOPOLD et REICHELT, Leipzig, Hirzel éditeur, 1906.

Tous ceux qui s'intéressent aux constructions hospitalières et à l'organisation de cliniques, liront le volume que vient de publier Léopold. On y trouve la description complète de la nouvelle clinique obstétrico-gynécologique de Dresde, illustrée de belles reproductions phototypiques et accompagnées de plans nombreux.

Die Zystoscopie der Gynakologen, par LÉOPOLD (*Sammlung Klinischen Vertrage*), BREITKOPF et HARTEL, Leipzig, 1907.

Après avoir été quelque peu délaissée, la cystocopie chez la femme commence à faire l'objet d'une série de travaux; la monographie de Thumin contient un bon résumé de ce qui a été dit sur la question.

Operative Gynakologie, par DÖDERLEIN et KRÖNIG, Thrème éditeur, Leipzig, 1907.

Il y a moins d'un an, nous rendions compte, ici même, de l'apparition du traité de gynécologie opératoire de Döderlein et Krönig et nous disions tout le bien que nous pensions de ce traité, remarquable par la précision de son texte et l'excellence de ses figures. La rapidité avec laquelle paraît la seconde édition montre que nous avions raison de lui prédire le succès. Cette seconde édition est notablement augmentée, en particulier au point de vue de la technique des opérations sur l'appareil urinaire dont l'importance, comme le remarquent les auteurs, devient, du reste, de plus en plus grande pour les gynécologues.

H. H.

Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire avec ectopie ovulaire, l'un des œufs étant dans l'utérus et l'autre hors de l'utérus. (Zur Lehre von der Zwillingschwaugerschaft mit heterotopem Sitz der Frucht, das kin in *cavo uteri* das andere extra-uterini gelagert). F. v. NEUGEBAUER, 1907, Leipzig, W. KLINKHART.

Monographie ayant pour base une documentation très complète et très châtiée. Documentation à l'aide de laquelle l'auteur étudie ces faits, relativement rares et très curieux, de simultanéité de grossesse utérine et extra-utérine, d'un diagnostic parfois très difficile, et qu'il importe pourtant beaucoup, dans l'intérêt de la femme, de reconnaître que l'on reconnaît surtout si l'on songe à leur possibilité, ce qui permet, le cas échéant, de faire appel, *à temps*, au chirurgien capable de remplir des indications qui varient, bien entendu, suivant les cas. Relation succincte, mais très sévère, de tous les faits publiés ; tableau synoptique ; enseignements tirés de cette statistique : fréquence, âge des femmes, nombre des grossesses antérieures, siège primitif de l'œuf extra-utérin, diagnostic ; destinée : *a*) de l'œuf utérin, *b*) de l'œuf extra-utérin ; conséquences finales pour la femme ; traitement : *a*) de la grossesse utérine, *b*) de la grossesse extra-utérine ; origine des deux œufs ; prédisposition, moment de la fécondation de chacun des œufs, supertétation ; action respective, et l'une sur l'autre, de la grossesse utérine et extra-utérine ; évolution, thérapie ; telle est la série de points très intéressants que l'auteur tâche d'éclairer par l'analyse critique et par le groupement raisonné des faits qu'il a si laborieusement rassemblés.

R. L.

Sur le cancer ovarique bilatéral métastatique (Ueber doppelseitige metastatische ovarialcarcinome). M. STICKEL, *Arch. f. Gyn.*, 1906, Bd. 79, Hft. 3 p. 605.

La question que l'auteur s'efforce, ici, de solutionner est de réelle im-

portance pratique. Les cancers bilatéraux de l'ovaire sont-ils primitifs et dans quelle fréquence, ou bien n'apparaissent-ils communément que comme productions métastatiques d'un cancer primitif d'un organe plus ou moins éloigné, de l'estomac, d'une zone quelconque du tube digestif, du sein, etc. ? On saisit tout de suite la valeur qu'aurait pour le « chirurgien » une notion précise sur ce point, l'objet à l'heure actuelle de théories très différentes : *a*) Le cancer ovarique bilatéral est une métastastase d'un cancer primitif d'autres organes de la cavité abdominale ou du sein ; *b*) le cancer ovarique bilatéral est primitif, les néoplasies cancéreuses concomitantes des autres organes ne sont que secondaires, *c*) il est des cancers primitifs multiples. Or, outre le rappel bref et critique des principaux travaux sur la même question, Stickel relate les traits cliniques essentiels et les particularités histo-pathologiques de 13 cas étudiés avec le plus grand soin et qui l'ont conduit à formuler pour le gynécologue et le chirurgien les propositions fondamentales suivantes :

1° *Dans tous les cas de cancers primitifs du sein, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou de l'intestin, il faut, avant de se décider à une opération grave, procéder à un examen attentif des organes génitaux, et se renseigner particulièrement sur l'état des ovaires. Il ne faut pas oublier que ces organes peuvent être déjà malades, alors même que la cavité abdominale est encore entièrement indemne de métastases, alors même qu'aucun ganglion rétropéritonéal n'est encore infiltré. C'est sur les particularités propres à chaque cas, que le chirurgien jugera s'il doit se borner à une intervention palliative (sur l'estomac par exemple) ou s'il enlèvera simultanément les ovaires dégénérés.*

2° *Quand on se croit en présence d'une dégénérescence cancéreuse ovarique bilatérale, il faut s'efforcer de découvrir un cancer primitif. Et pour l'exploration de l'estomac et de l'intestin, il ne suffit pas de se servir de la simple palpation, car le noyau primitif peut-être encore si petit qu'il soit inaccessible au palper: il faut utiliser tous les moyens de diagnostic pour dépister, éventuellement, un cancer primitif au niveau d'un des autres organes abdominaux.*

R. L.

Le Gérant : G. Steinheil.


Paris. — Imp. F. Arrault et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.

DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LE CAS DE CANCER UTÉRIN COMPLIQUANT LA GROSSESSE (1)

Par M. OUI, professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

De cette question du cancer du col utérin dans ses rapports avec l'état puerpéral, je me suis volontairement borné à étudier les indications thérapeutiques, parce que les désaccords qui se sont produits entre la majorité des accoucheurs et la plupart des chirurgiens-gynécologues rendent particulièrement intéressante l'étude de la conduite à tenir en face d'une femme enceinte chez laquelle on a constaté un cancer du col.

Mais cette conduite même est soumise à l'appréciation préalable d'un certain nombre d'éléments, qui sont, avant tous autres : l'influence de la grossesse sur le développement du cancer et l'influence du cancer sur la marche de la grossesse et, par suite, sur le produit de conception. Ce n'est, en effet, qu'après avoir, de notre mieux, éclairci ces deux points que nous pourrons aborder la question de l'intervention ou de l'abstention en face de l'association cancer-grossesse.

Influence de la grossesse sur le cancer. — Presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ont conclu que la grossesse influe défavorablement sur l'évolution du cancer, que tous les symptômes, douleurs, hémorragies, pertes ichoreuses, sont notablement aggravés par la gestation, que l'envahissement du tissu utérin et des organes voisins marche, pendant la grossesse, avec une extrême rapidité. Telle est l'opinion de Bar, qui, toutefois, fait quelques réserves à ce sujet ; telle est aussi celle de Maygrier, plus nettement affirmatif, de Pozzi, de Quénu, de Legueu, de Condamin. Il est, toutefois, impossible d'affirmer la réalité de cette influence de la grossesse sur le cancer, car, d'une part, les opinions émises à ce sujet sont souvent le résultat d'impressions ou d'idées préconçues ; d'autre part, certains faits plaident manifestement en faveur de l'opinion que la marche du cancer

(1) Rapport présenté au *Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie*, 5e session, tenu à Alger du 1er au 6 avril 1907.

est loin d'être toujours activée par la grossesse. Tels sont les cas de Montgomery (deux grossesses successives au cours d'un cancer du col), de Spiegelberg (cancer restant stationnaire du 3e mois de la grossesse jusqu'au terme), de Pinard deux accouchements successifs au cours de l'évolution d'un épithélioma du col), de Varnier (femme morte d'un cancer du col trois ans et trois mois après le début de la grossesse qui avait conduit à la première constatation du cancer; deux ans et sept mois après l'accouchement). Ces seuls faits, et on en pourrait rappeler d'autres, dont certains, cependant, sont moins démonstratifs, prouvent qu'il est excessif de considérer comme fatal le coup de fouet imprimé au cancer par la grossesse. L'évolution du cancer du col, on pourrait presque dire de tous les cancers, est assez variable pour qu'il soit impossible d'affirmer que cette évolution est réellement précipitée par la grossesse et qu'elle n'est pas seulement, dans certains cas, fonction de la nature même de la tumeur.

Influence du cancer sur la grossesse et sur le produit de conception. — Ici, les différentes statistiques paraissent bien prouver l'influence fâcheuse du cancer.

D'après Cohnstein, la grossesse arriverait à terme dans 68 p. 100 des cas. Dans 30 p. 100 des cas, il y aurait interruption prématurée de la grossesse, soit 15 p. 100 d'accouchements prématurés et 15 p. 100 d'avortements.

A rapprocher de cette statistique, celle de Bar qui, sur 151 cas de cancer coïncidant avec la grossesse, note 98 accouchements à terme, 38 accouchements prématurés et 15 avortements.

Ainsi, d'après les chiffres de Cohnstein et ceux de Bar, la grossesse évoluerait jusqu'à terme dans les deux tiers des cas. Mais ces deux statistiques comprennent, comme le fait justement observer Bar, des faits extrêmement disparates et leurs résultats n'ont « qu'une importance toute secondaire ».

Aussi doit-on mettre en face de ces chiffres ceux de Theilhaber, qui n'a relevé que 9 fois sur 109 (8,25 p. 100) l'avortement ou l'accouchement prématuré spontané, et la statistique de Pinard, importante parce qu'elle contient *tous* les cas recueillis à la clinique Baudelocque où *dix* femmes sur *onze* ont mené leur grossesse à terme ou près du terme.

La statistique de Theilhaber présente les mêmes imprécisions que celles de Cohnstein et de Bar. Celle de Pinard contient peu de cas et peut être due à une série heureuse. Elles n'en méritent pas moins

considération et peuvent laisser supposer que, considérés d'une façon absolue, les chiffres de Cohnstein et de Bar mèneraient peut-être à des conclusions trop sombres.

En combinant les trois statistiques de Bar, de Theilhaber et de Pinard, et sans exagérer l'importance et l'exactitude des conclusions qu'on en peut tirer, on arrive au résultat suivant : 271 grossesses dont 62 interrompues prématurément, soit 23 p. 100 d'avortements ou d'accouchements avant terme.

En ce qui concerne l'accouchement, il n'est point discutable que le cancer du col est, par la rigidité qu'il entraîne, la cause de complications qui, sans être fatales, sont cependant fréquentes et, le plus souvent, d'une réelle gravité. Si, lorsqu'une partie restreinte du col est seule atteinte, on peut voir (et les exemples en sont nombreux) l'accouchement s'effectuer normalement ou au prix d'une légère prolongation du travail, il n'en reste pas moins que le pronostic est nettement influencé tant pour la mère que pour l'enfant.

Du côté de la mère, c'est toute la série des déchirures du col avec extension plus ou moins prolongée sur le segment inférieur, cancéreux lui-même dans certains cas ; c'est la rupture utérine causée par la durée du travail en face d'un col indilatable ; c'est même la déchirure d'organes voisins ou le sphacèle des tissus entraînant, d'emblée ou secondairement, des fistules vésico-vaginales ; c'est la mort par épuisement ; c'est aussi, pendant les suites de couches, l'infection puerpérale, fréquemment observée et due, à la fois, au cancer lui-même, à la prolongation du travail et aux interventions obstétricales pratiquées à travers un col infecté. Sur 126 cas réunis par Cohnstein, on ne trouve pas moins de 72 décès dont 51 sont contemporains de l'accouchement ou se sont produits pendant les suites de couches.

Il ne faudrait point, toutefois, tabler uniquement sur ces chiffres et, si on voulait reprendre les faits un à un, il serait facile de constater que la mort de la mère a été due, souvent, soit à une expectation prolongée hors de toute mesure, expectation dont le cas de Menzies reste le type le plus remarquable, ou à des interventions que leur apparente innocuité a fait choisir par les accoucheurs, surtout dans la période préantiseptique, et qui sont en réalité fort dangereuses, ou à des extractions brutales par les voies naturelles, toutes méthodes à l'heure actuelle justement abandonnées.

Nous ne pouvons donc plus, maintenant, admettre les chiffres de

Cohnstein, nous ne pouvons plus regarder comme aussi grave le pronostic *immédiat* pour la mère. Quant au pronostic relativement *éloigné*, il reste celui du cancer utérin en général, variable selon le degré d'envahissement des tissus et selon les interventions possibles.

En ce qui concerne le fœtus, nous avons vu qu'il était ou perdu ou fortement compromis dans 23 p. 100 des cas, environ, représentant les avortements ou accouchements prématurés. A ce chiffre, il faudrait joindre la mortinatalité dans l'accouchement à terme (21,7 p. 100) d'après Herman. Mais, ici encore, il est bien difficile de se prononcer d'une façon précise. Nombreuses, en effet, sont les observations qui ne font pas mention de l'état du fœtus à sa naissance ; nombreux aussi sont les cas dans lesquels, au cours du travail de l'accouchement, l'enfant est victime soit d'une expectation prolongée, soit de pratiques fâcheuses, telle que la rupture provoquée des membranes à travers un col non dilaté et indilatable. Comment juger, dans ces conditions, de ce qui revient au cancer et de ce qui appartient aux erreurs et aux fausses manœuvres de l'accoucheur ?

Il nous paraît donc vraisemblable que le pronostic fœtal est sensiblement assombri par l'existence du cancer du col ; mais il est permis de considérer comme excessifs les chiffres fournis par les statistiques anciennes que nous possédons, chiffres qu'une intervention rationnelle et énergique, au moment de l'accouchement, ne peut que réduire dans de fortes proportions. Les chiffres de Theilhaber sont à ce sujet fort édifiants : 40 opérations césariennes fournissent 31 enfants vivants contre 11 morts (il y a deux grossesses doubles) tandis que les autres interventions ou l'expectation ne donnent, sur 47 cas, que 20 enfants vivants contre 22 morts, le sort de l'enfant n'étant pas indiqué dans 5 des observations.

Nous pouvons donc résumer cette question du pronostic de la grossesse associée au cancer en disant que :

Pour la mère, la grossesse n'entraîne pas fatalement l'aggravation du cancer et que la mortalité immédiate de l'accouchement et des suites de couches n'est point seulement fonction du cancer lui-même, mais peut être notablement améliorée par la conduite de l'accoucheur.

Pour l'enfant, l'interruption de la grossesse avant le terme le tue ou le compromet sérieusement dans un quart des cas environ, une intervention rapide et bien conduite devant, dans la très grande majo-

rité des cas l'empêcher de succomber au moment de l'accouchement.

Reste maintenant à déterminer les décisions à prendre :

1° Pendant la grossesse ;

2° Au moment de l'accouchement ;

3° Pendant les suites de couches.

Conduite à tenir pendant la grossesse.

Ici, l'accord n'est fait que sur un point, sur ces cas de cancers étendus au vagin et aux ligaments larges, *cancers évidemment inopérables*, cas dans lesquels il ne reste plus qu'à soulager les douleurs de la malade, à diminuer, dans la mesure du possible, les écoulements ichoreux et les hémorragies qui l'épuisent, et à relever ses forces.

La morphine reste, contre les douleurs, le sûr et bienfaisant remède. Contre les écoulements fétides, on emploiera les injections antiseptiques administrées sous faible pression, et en particulier les injections de permanganate de potasse, de liqueur de Labarraque diluée ou d'eau oxygénée.

Contre les hémorragies, on luttera surtout, tant qu'elles seront faibles, par la température des injections. Très abondantes, elles pourront nécessiter le tamponnement, qui, malheureusement, ne pouvant être continué indéfiniment, n'a qu'une action très passagère. Le moyen le plus efficace contre l'hémorragie reste le curettage des fongosités cancéreuses, suivi de la thermo-cautérisation. Malheureusement, cette thérapeutique est souvent la cause de l'interruption de la grossesse. Sur 5 cas (2 de Benicke, 1 de Straz, 1 de Felsenberg, 1 de Pinard) de curettage notés dans la statistique de Theilhaber, une seule femme accoucha à terme. On ne doit donc se décider à avoir recours à cette intervention que devant des hémorragies d'une abondance et d'une ténacité telles que la vie de la femme court un danger immédiat, mais alors il n'y a pas à hésiter, et mieux vaut le curettage avec les risques d'avortement ou d'accouchement prématuré que l'abstention, qui laisserait mourir la mère et, d'ailleurs, probablement, aussi le fœtus.

Le cancer est opérable. — Ici, les divergences se produisent, les uns prêchant l'abstention absolue au cours de la grossesse et presque tous les accoucheurs français, quelques gynécologues même, forment l'armée des non-interventionnistes. « Je crois, dit Bouilly, qu'il faut se

laisser guider par ce principe : une femme enceinte qui a un cancer de l'utérus est perdue, quelle que soit la conduite que l'on tiendra. Donc je ne vois pas l'avantage qu'il y aura à supprimer une grossesse, puisque la femme est forcément sacrifiée. Plus on va et plus on a de chances de continuation de la grossesse. Il n'y a qu'un des facteurs qui soit intéressant, c'est l'enfant. Tout doit lui être sacrifié à quelque période que ce soit... En résumé, la conduite à tenir, c'est l'abandon de la mère en faveur de l'enfant. » Et Pinard, approuvant les paroles de Bouilly, ajoute : « Pendant la grossesse, quel que soit l'âge de cette dernière, l'expectation doit être la règle. » Même note donnée par Varnier : « Dans l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale du cancer utérin, c'est vouloir trop embrasser que poursuivre à la fois le salut de l'enfant et ce qu'on dénomme, un peu emphatiquement peut-être, le salut de la mère. Il faut prendre parti pour l'un ou pour l'autre. » Sous une autre forme, Champetier de Ribes soutient la même opinion : « A partir du jour où une cancéreuse est enceinte, nous ne nous occuperons plus de son cancer que dans l'intérêt de sa grossesse et de l'enfant qu'elle porte ; tous nos efforts se concentreront sur cette idée : amener l'enfant à terme ou le plus près possible du terme dans les meilleures conditions possibles. »

A cette condamnation absolue de toute intervention chirurgicale pendant la grossesse s'opposent nettement un certain nombre de chirurgiens ou même d'accoucheurs-gynécologues, tel Condamin : « Pendant les six premiers mois de la grossesse, la conduite que doit tenir le chirurgien qui se trouve en présence d'un cancer du col opérable ne saurait être qu'une intervention aussi prompte que possible. A partir du sixième mois, le problème devient plus complexe, car le fœtus approche de plus en plus de l'époque où il sera viable et où le chirurgien pourrait concilier les intérêts de l'enfant avec ceux de la mère, en pratiquant l'opération césarienne suivie de l'extirpation totale de l'utérus cancéreux. Dans ces cas-là, si la néoplasie est tout à fait à son début et que le chirurgien pense pouvoir attendre quelque temps la viabilité du fœtus sans porter trop de préjudice à la mère, c'est-à-dire s'il espère, en attendant un mois, un mois et demi, que les progrès du cancer ne seront pas suffisants pour empêcher de tenter l'opération radicale, il pourra attendre.

« Mais si le néoplasme est déjà si avancé, quoique opérable, qu'un retard de trois semaines à un mois rendrait les chances d'une cure ra-

dicale absolument illusoires, il nous semble que le chirurgien ne devra pas hésiter à sacrifier les intérêts de l'enfant à ceux de la mère et à tenter les chances d'une opération radicale... Lorsque la grossesse a atteint le huitième mois, on ne doit plus avoir d'hésitation ; l'enfant est viable et l'opération radicale s'impose après la césarienne abdominale. »

Condamin est donc radical en fait d'intervention, car les réserves qu'il fait en faveur de l'expectation sont faibles et se bornent à conseiller, dans quelques cas, l'expectation non pas jusqu'à terme, mais seulement jusqu'à la viabilité du fœtus. Aug. Pollosson n'est guère moins interventionniste. Tous les deux soutiennent au fond la même thèse et ne sont guère séparés que par leurs préférences personnelles pour l'hystérectomie vaginale ou l'hystérectomie abdominale.

L'intervention au cours de la grossesse est également soutenue par un certain nombre d'auteurs allemands : Kaltenbach, Olshausen, Theilhaber, Hense, etc.

A côté des interventionnistes déclarés, se placent quelques chirurgiens et gynécologues moins absolus, parce que moins enthousiastes des résultats éloignés obtenus par l'hystérectomie, quelle soit vaginale ou abdominale, dans le cancer du col.

C'est ainsi que Pozzi conseille l'intervention au début de la grossesse dans un utérus cancéreux parce que « le sacrifice du fœtus est ici quantité relativement négligeable, car il ne s'agit pas d'une grossesse normale, mais bien d'une grossesse qui a peu de chances d'aboutir. » En revanche, lorsque l'enfant est viable, il accepte d'attendre le moment de l'accouchement pour opérer dès que cela deviendra nécessaire.

Legueu, qui d'abord défendait l'intervention radicale lorsque le fœtus est viable, reste après discussion le défenseur de l'hystérectomie pendant les quatre premiers mois, mais se déclare disposé à attendre, après ces quatre premiers mois, le terme de la grossesse.

Howard Kelly, partisan de l'expectation dans le cas de grossesse rapprochée du terme lorsque le cancer est limité, reste au contraire partisan de l'hystérectomie, quel que soit l'âge de la grossesse, pour peu que le cancer montre des tendances envahissantes.

Le résumé le plus net de la doctrine que j'appellerai interventionniste modérée, me paraît avoir été donné par Segond : « Pour préciser les choses, je dirai donc volontiers que, dans les deux premiers mois e la grossesse, en particulier quand le cancer se montre encore assez

petit et surtout assez localisé pour laisser l'espoir d'une survie sérieuse ou même d'une guérison, il faut opter pour l'hystérectomie immédiate. Plus tard, Varnier a eu raison de dire que tout ce qui se rapprochera de l'accouchement prématuré doit être franchement rejeté. »

Il n'est rien d'autre à faire pour résoudre cette question de l'intervention ou de la non-intervention au cours de la grossesse, que d'examiner les faits eux-mêmes et de connaître les résultats qu'ont donnés les différentes opérations tentées pendant la gestation.

Amputation du col. — L'amputation du col a été faite un certain nombre de fois, dans des conditions assez différentes. Tantôt, on a réséqué uniquement la tumeur ; tantôt on a fait l'amputation sous-vaginale du col ; dans quelques cas, l'amputation a été supra-vaginale.

Noble indique, dans sa statistique, les résultats suivants pour ces différentes opérations :

12 amputations partielles:

Mortalité opératoire, 8,3 p. 100.

Avortements, 41,6 p. 100.

3 amputations intra-vaginales.

Mortalité opératoire, 1.

2 femmes vont à terme, dont l'une meurt après l'accouchement et l'autre récidive rapidement.

1 enfant vivant.

16 amputations supra-vaginales.

Mortalité opératoire, 6,2 p. 100.

14 interruptions de la grossesse.

66 p. 100 de mortalité maternelle éloignée dans les cas observés complètement.

Les 31 cas d'amputation du col au cours de la grossesse que j'ai pu réunir fournissent les résultats suivants :

Interruption de la grossesse	18	58 p. 100
Mortalité maternelle immédiate	3	9,70 p. 100

9 enfants, seulement, sont indiqués comme vivants et une seule femme notée comme saine après trois ans écoulés.

Hystérectomie. — L'hystérectomie a été exécutée dans des conditions différentes. Presque tous les opérateurs ont pratiqué l'hystérectomie d'emblée, et l'ont exécutée en enlevant d'un bloc l'utérus et son contenu quand le fœtus n'était point viable et par conséquent l'utérus

relativement peu volumineux ; ou bien, au cours même de l'opération, ils ont, suivant les cas, évacué l'utérus, soit par césarienne abdominale, soit par césarienne vaginale. D'autres, à l'imitation d'Olshausen ont préféré provoquer par les moyens ordinaires l'avortement ou l'accouchement prématuré et pratiquer ensuite l'hystérectomie, dont l'interruption de la grossesse n'a été ainsi qu'un préliminaire.

J'ai cru devoir réunir en un seul bloc tous ces cas qui sont caractérisés par l'interruption provoquée de la grossesse, que celle-ci soit contemporaine de l'hystérectomie ou qu'elle l'ait quelque peu précédée.

Les cas que j'ai pu recueillir, et qui sont résumés ci-après, ont été divisés en trois séries : hystérectomie vaginale, hystérectomie abdomino-vaginale, hystérectomie abdominale.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PENDANT LA GROSSESSE

1. WINTER. — Grossesse de 5 mois. Pas de récidive 21 mois après.
2. - Grossesse de 3 mois. Récidive un an après.
3. — Grossesse de 6 mois. Morte 4 mois après. Récidive.
4. — Grossesse de 8 mois. Évacuation préalable par césarienne vaginale. Enfant mort. Récidive 6 mois après.
5. HOFMEIER. — Grossesse de 3 mois. Sans récidive 4 ans et demi après.
6. — Grossesse de 2 mois. Récidive 3 mois après.
7. — Grossesse de 3 mois. Récidive 6 mois après.
8. — Grossesse de 2 mois. Récidive 9 mois après.
9. OLSHAUSEN. — Grossesse de 4 mois. Sans récidive 7 ans après.
10. — Grossesse de 4 mois. Sans récidive 6 ans et demi après.
11. — ? 10 jours après avortement provoqué. Sans récidive 2 ans et demi après.
12. — ? 10 jours après avortement provoqué. Récidive 6 mois après.
13. — Grossesse de 6 mois. Après avortement provoqué. Récidive 5 mois après.
14. — Grossesse de 6 mois. Sans récidive 7 mois après.
15. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 4 ans et demi après.
16. — Grossesse de 5 mois. Récidive 5 mois après.
17. BRENNEKE. — Grossesse de 4 mois. Sans récidive 2 ans après.
18. — Grossesse de 2 mois. Récidive 2 mois après.
19. THIEM. — Grossesse de 2 mois et demi. Récidive. Mort 2 ans 9 mois après.
20. KALTENBACH. — Grossesse de 4 mois. Récidive. Mort 1 an après.
21. LANDAU. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 13 ans après.

22. Landau. Grossesse de 3 mois. Récidive. Mort 2 ans et demi après.
23. Smith Bristol. — Grossesse de 2 mois. Pas de renseignements.
24. Fehling. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 5 ans et demi après.
25. Fritsch. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 1 an après.
26. Dohrn. — Grossesse de 3 mois. Récidive 1 an et demi après.
27. Theilhaber. — Grossesse de 5 mois et demi. Après avortement provoqué. Sans récidive 8 ans après.
28. Beckmann. — Grossesse de 2 mois. Récidive 1 an après.
29. Mittermayer. — Grossesse de 7 mois. Après césarienne vaginale. Enfant mort. Sans récidive 3 ans et demi après.
30. Schauta. — Grossesse de 8 mois. Après césarienne vaginale. Enfant mort peu après. Récidive 2 ans après.
31. Acconci. — Grossesse de 7 mois. Après césarienne vaginale. Morte le cinquième jour.
32. Ludvig. — Grossesse de 4 mois. Récidive 2 mois après. Mort.
33. Chrobak. — Grossesse de 9 mois. Après curettage. Dilatation artificielle. Version. Enfant vivant. Récidive 6 mois après.
34. — Récidive 2 ans après.
35. Hegar. — Grossesse de 6 mois. Après césarienne vaginale. Récidive 3 ans 9 mois après.
36. Pfannenstiel. — Grossesse de 6 mois. Récidive 1 an après.
37. Thorn. — Grossesse de 9 mois. Après césarienne vaginale. Sans récidive 2 ans 9 mois après.
38. Jahreis. — Grossesse de 8 mois. Après césarienne abdominale. Sans récidive 2 ans après.
39. Werth. — Grossesse de 6 mois. Récidive 1 an et demi après.
40. Delanglade. — Grossesse de 4 mois. Après césarienne vaginale. Récidive 9 mois après.
41. Mackenrodt. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 1 an après.
42. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 3 ans et demi après.
43. Doderlein. — Grossesse de 8 mois et demi. Après césarienne vaginale. Enfant vivant. Sans récidive 2 ans après.
44. — Grossesse de 8 mois. Après césarienne vaginale. Enfant vivant. Récidive 1 an après.
45. — Grossesse de 4 mois. Sans récidive 4 mois après.
46. Baum. — Grossesse de 7 mois. Après césarienne vaginale. Morte.
47. Von Erlach. — Grossesse de 4 mois. Récidive. Morte 3 ans et demi après.
48. — Grossesse de 6 mois. Récidive 1 an après.
49. — Grossesse de 7 mois. Récidive. Morte 2 ans après.
50. — Récidive 6 mois après.
51. — Grossesse de 3 mois. Récidive 2 ans après.
52. Condamin. — Grossesse de 2 mois. Morte le troisième jour.
53. — Grossesse de 3 mois. Sans récidive 17 mois après.
54. — Grossesse de 5 mois. Guérison opératoire.

55. Johnston. — Grossesse de 3 mois et demi. Sans récidive 2 ans et demi après.
56. Orthmann. — Grossesse de 3 mois. ?
57. — Grossesse de 3 mois. Sans récidive 2 ans après.
58. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 1 an après.
59. Van der Veer. — Grossesse de 4 mois. Récidive 2 ans et demi après.
60. — ? Récidive et mort rapides.
61. Michelini. — Grossesse de 8 mois. Après césarienne vaginale. Enfant mort. Guérison opératoire.
62. Van der Meij. — Grossesse de 5 mois. Sans récidive 1 an et demi après.
63. Onufrijeff. — Grossesse de 4 mois. Guérison opératoire.
64. Kallmorgen. — Grossesse de 8 mois et demi. Césarienne vaginale. 2 jumeaux qui meurent. Guérison opératoire.
65. Kotschau. — Grossesse au 9e mois. Césarienne vaginale. Enfant vivant. Sans récidive 2 ans et demi après.
66. Zweifel. — Grossesse de 4 mois. Récidive. Mort 5 mois après.
67. — Grossesse de 4 mois. Récidive 5 mois après.
68. Berthold. — ? 24 jours après avortement provoqué. Guérison opératoire.

Si nous analysons ces 68 cas, nous constatons que la mortalité opératoire maternelle est de 4, 44 p. 100 (3 morts sur 68 opérations).

Dans 55 cas, l'hystérectomie précédée ou non d'avortement ou d'évaçuation de l'utérus par opération césarienne abdominale ou vaginale a été faite avant la période de viabilité du fœtus.

De ces 55 cas, 13 n'ont pas été suivis de récidive dans une période de 2 ans; mais sur ces 13 cas, 7 seulement ont été observés plus de 4 ans, terme au-delà duquel on peut compter sur une guérison vraie. Ces 7 cas sont ceux de :

Hofmeier. — 4 ans et demi	Landau. — 13 ans
Olshausen. — 6 ans et demi	Fehling. — 5 ans et demi
— 4 ans et demi	Theilhaber. — 8 ans.
— 7 ans	

Les cas dans lesquels l'observation a pu faire constater l'absence de récidive après plus de 2 ans et moins de 4 ans sont les suivants :

Brenneke. — 2 ans	Johnston. — 2 ans et demi
Mittermayer. — 3 ans et demi	Kotschau. — 2 ans et demi
Mackenrodt. — 3 ans et demi	Orthmann. — 2 ans.

Somme toute, si on considère comme seuls pleinement satisfaisants

les cas dans lesquels l'hystérectomie a donné une survie de 4 ans sans récidive, on constate que les cas heureux sont dans la proportion de 8,82 p. 100.

Pour ceux qui se contentent de l'absence de récidive pendant une période minima de 2 ans, la proportion des cas heureux serait de 17,64 p. 100, proportion évidemment un peu forte, étant donné qu'on note des récidives après 3 ans et demi écoulés (Hegar, Von Erlach).

Les hystérectomies abdomino-vaginales sont beaucoup moins nombreuses. Voici les cas que j'ai pu réunir.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE PENDANT LA GROSSESSE

1. Zweifel. — Grossesse de 6 mois. Après césarienne. Récidive. Morte 18 mois après.
2. — Grossesse de 5 mois. Morte le cinquième jour.
3. — Grossesse au 9e mois. Après césarienne. Enfant vivant. Récidive. Morte 5 mois après.
4. — Grossesse de 3 mois. Cancer et annexite bi-latérale. Sans récidive 8 ans 3 mois après.
5. — Grossesse de 5 mois. Sans récidive 7 ans après.
6. Fehling. — Grossesse de 7 mois. Après césarienne. Enfant mort. Récidive 4 ans après.
7. — Grossesse au 9e mois. Après césarienne. Sans récidive 3 ans 2 mois après.
8. Becking. — Grossesse de 7 mois. Après césarienne. Récidive 3 mois après.
9. Fortim. — Grossesse de 7 mois et demi. Après césarienne. Enfant vivant. Sans récidive 2 ans après.
10. Bland-Sutton. — Grossesse de 8 mois. Utérus ouvert sur la table après ablation. Enfant mort le quatorzième jour. Morte le quatrième jour.
11. Podebinski. — Grossesse de 7 mois. Après césarienne. Enfant mort. Guérison opératoire.

Ici, sur 11 cas, nous trouvons 2 malades ne présentant pas de récidive après 4 ans écoulés (8 ans 3 mois et 7 ans, Zweifel), soit une proportion de 18 p. 100, et 2 cas (Enrique Fortim et Fehling) dans lesquels le cancer n'avait pas récidivé au bout de 2 ans, ce qui donnerait une proportion de 36 p. 100, sur laquelle il y a lieu de faire les mêmes réserves déjà indiquées en ce qui concerne l'hystérectomie vaginale.

Enfin, il faut noter 2 morts opératoires, soit 18 p. 100.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE PENDANT LA GROSSESSE

1. Spencer-Wells. — Grossesse de 6 mois. Récidive 1 an après. Mort.
2. Bischoff. — Grossesse de 8 mois. Après césarienne. Morte quelques heures après.
3. Mackenrodt. — Grossesse de 6 mois. Morte le lendemain.
4. — — de 6 mois. Morte 7 mois après, cancer de l'intestin.
5. Mackenrodt. — Grossesse de 5 mois. Sans récidive 7 mois après.
6. Von Ott. — Grossesse de 6 mois. Après césarienne. Récidive 4 mois après.
7. Von Ott. — Grossesse au 9e mois. Après césarienne. Enfant vivant. Récidive rapide.
8. Doderlein. — Grossesse de 6 mois. Après césarienne. Sans récidive 3 ans après.
9. Cittadini. — Grossesse de 3 mois. Guérison opératoire.
10. de Boucaud. — Grossesse de 3 mois. Morte le 3e jour.
11. Pollosson. — Grossesse de 5 mois. Récidive 3 mois après.
12. — Grossesse de 4 mois. Récidive 3 mois après.
13. Scharpenack. — Grossesse de 5 mois. ?
14. Fritsch. — Grossesse près du terme. Après césarienne. Enfant vivant. Récidive 6 mois après. Mort.
15. Möller. — Grossesse de 8 mois. Après césarienne. Enfant vivant.
16. Fritsch. — Grossesse de 7 mois. Après césarienne. Récidive 9 mois après.
17. Cullen. — Grossesse de 8 mois. Après césarienne. Enfant mort 2 mois après. Sans récidive 2 ans 3 mois après.
18. Delanglade. — Grossesse de 9 mois. Après césarienne. Enfant vivant. Récidive 2 mois après.
19. Legueu. — Grossesse de 7 mois. Après césarienne. Enfant mort. Récidive 5 mois après.
20. Micholitsch. — Grossesse de 8 mois. Après césarienne. Enfant vivant. Sans récidive 2 mois et demi après.
21. Zweifel. — Grossesse à terme. Césarienne classique après échec de la césarienne vaginale. Enfant vivant. Récidive 2 ans après.
22. Cholmogorow. — Grossesse ? Après césarienne. Enfant mort et macéré. Récidive rapide.
23. Fochier. — Grossesse à terme. Après césarienne. Enfant vivant. Mère morte 18 mois après. Occlusion tardive post-opératoire.
24. Werth. — Grossesse à terme. Après césarienne. Récidive 2 ans 9 mois après.
25. Thorn. — Grossesse à terme. Après césariene Enfant vivant. Guérison opératoire.
26. Johnston. Grossesse de 3 mois et demi. Guérison opératoire.

27. **Johnston.** Grossesse de 7 mois et demi. Après césarienne. Enfant mort. Sans récidive 17 mois après.

Sur ce total de 27 hystérectomies abdominales, nous comptons 3 morts opératoires ou plutôt 4, car l'opérée de Fochier, bien que décédée tardivement, n'en est pas moins morte d'une complication résultant de l'opération qu'elle avait subie. La proportion de mortalité est donc de 14,8 p. 100.

Nous ne trouvons, ici, qu'un seul cas de survie sans récidive dépassant 3 ans (Doderlein) et un de plus de deux ans (Cullen), ce qui nous donnerait, au maximum, une proportion de cas heureux de 7,4 p. 100.

C'est donc l'hystérectomie abdominale qui donnerait les résultats les moins favorables, tant au point de vue de la mortalité opératoire qu'au point de vue de la fréquence des récidives. Mais il est probable que le pronostic opératoire de l'hystérectomie abdominale pendant la la grossesse tendra de plus en plus à se rapprocher de celui de l'hystérectomie vaginale, ainsi que cela a été constaté en ce qui concerne les opérations portant sur l'utérus non gravide.

Mais, pour juger nettement la question de l'hystérectomie pendant la grossesse, il nous faut voir les résultats d'ensemble, tant en ce qui concerne la mère qu'en ce qui concerne l'enfant.

Les résultats pour la mère, les voici :

Hystérectomies	106
Morts opératoires.	9 = 8,49 p. 100
Sans récidive après 4 ans	9 = 8,49 p. 100.
Sans récidive après 2 ans écoulés . .	10 + 9 = 17 p. 100.

Quels sont les résultats pour l'enfant ?

Si préoccupés que les opérateurs aient été du sort de la mère, il est probable que, chaque fois que l'enfant est né vivant et a vécu, le fait a été indiqué et que, par conséquent, nous pouvons considérer comme mort-nés ou ayant succombé rapidement, les enfants dont le sort n'a pas été consigné dans les observations.

Nous trouvons alors que, sur ces 106 hystérectomies, nous ne relevons que 14 cas d'enfants vivants, se décomposant comme suit :

Chroback. . . .	1 cas	Von Ott. . . .	1 cas
Doderlein . . .	2 —	Fortim	1 —

Fritsch	2 cas	Kotschau . . .	1 cas
Zweifel	2 —	Delanglade. . .	1 —
Thorn	1 —	Micholitsch . .	1 —
Fochier	1 —		

Soit une proportion de 13,2 p. 100, proportion bien faible, plus faible que celle indiquée par les statistiques pourtant si pessimistes de Cohnstein et d'Herman lorsque la grossesse évolue jusqu'à terme. A cela, les interventionnistes modérés, ceux qui essaient de concilier les intérêts de la mère et de l'enfant, répondront que, en attendant le 7e mois, terme de viabilité du fœtus, ils donnent à celui-ci des chances sérieuses d'existence, tout en intervenant dans l'intérêt de la mère. Nous avons donc recueilli et classé les hystérectomies faites dans ces conditions et nous pourrons ainsi nous rendre compte des bénéfices que peut donner l'application de cette méthode.

HYSTÉRECTOMIES PRATIQUÉES APRÈS LE TERME DE VIABILITÉ DU FŒTUS

1. Winter. — Grossesse de 8 mois. Hystérectomie vaginale. Enfant mort. Récidive 6 mois après.
2. Mittermayer. — Grossesse de 7 mois. Hystérectomie vaginale. Enfant mort. Sans récidive 3 ans et demi après.
3. Schauta. — Grossesse de 8 mois. Hystérectomie vaginale. Enfant mort. Récidive 2 ans après.
4. Acconci. — Grossesse de 7 mois. Hystérectomie vaginale. ? Morte le 5e jour.
5. Chroback. — Grossesse au 9e mois. Hystérectomie vaginale. Enfant vivant. Récidive 6 mois après.
6. Thorn. Grossesse de 9 mois. Hystérectomie vaginale. ? Sans récidive 2 ans 9 mois après.
7. Jahreiss. — Grossesse de 8 mois. Hystérectomie vaginale. ? Sans récidive 2 ans après.
8. Doderlein. — Grossesse de 8 mois et demi. Hystérectomie vaginale. Enfant vivant. Sans récidive 2 ans après.
9. Doderlein. Grossesse de 8 mois. Hystérectomie. Enfant vivant. Récidive 1 an après.
10. Baum. — Grossesse de 7 mois. Hystérectomie vaginale. ? Morte.
11. Von Erlach. — Grossesse de 7 mois. Hystérectomie vaginale. ? Récidive, morte 2 ans après.
12. Michelini. — Grossesse de 8 mois. Hystérectomie vaginale. Enfant mort. Guérison opératoire.

13. KALLMORGEN. — Grossesse de 8 mois et demi. Hystérectomie vaginale. Enfants morts. Guérison opératoire.

14. KOTSCHAU. — Grossesse au 9e mois. Hystérectomie vaginale. Enfant vivant. Sans récidive 2 ans et demi après.

15. ZWEIFEL. — Grossesse au 9e mois. Hystérectomie abdomino-vaginale. Enfant vivant. Récidive, morte 5 mois après.

16. FEHLING. Grossesse de 7 mois. Hystérectomie abdomino-vaginale. Enfant mort. Récidive 4 ans après.

17. FEHLING. Grossesse au 9e mois. Hystérectomie abdomino-vaginale. ? Sans récidive 3 ans 2 mois après.

18. BECKING. — Grossesse de 7 mois. Hystérectomie abdomino-vaginale. ? Récidive 3 mois après.

19. FORTIM. Grossesse de 7 mois et demi. Hystérectomie abdomino-vaginale. Enfant vivant. Sans récidive 2 ans après.

20. BLAND-SUTTON. Grossesse de 8 mois. Hystérectomie abdomino-vaginale. Enfant mort le 14e jour. Morte le 4e jour.

21. PODEBINSKI. Grossesse de 7 mois. Hystérectomie abdomino-vaginale. Enfant mort. Guérison opératoire.

22. BISCHOFF. — Grossesse de 8 mois. Hystérectomie abdominale. ? Morte.

23. VON OTT. — Grossesse au 9e mois. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Récidive rapide.

24. FRITSCH. — Près du terme. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Récidive, mort.

25. MOLLER. — Grossesse de 8 mois. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. ?

26. CULLEN. — Grossesse de 8 mois. Hystérectomie abdominale. Enfant mort 2 mois après. Sans récidive 2 ans 3 mois après.

27. FRITSCH. Grossesse de 7 mois. Hystérectomie abdominale. ? Récidive 9 mois après.

28. DELANGLADE. — Grossesse de 9 mois. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Récidive 2 mois après.

29. LEGUEU. Grossesse de 7 mois. Hystérectomie abdominale. Enfant mort. Récidive 5 mois après.

30. MICHOLITSCH. Grossesse de 8 mois. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Sans récidive 2 mois et demi après.

31. ZWEIFEL. — A terme. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Récidive 2 ans après.

32. FOCHIER. — A terme. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Morte 18 mois après.

33. WERTH. — A terme. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Récidive 2 ans 9 mois après.

34. THORN. — A terme. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Guérison opératoire.

35. JOHNSTON. — Grossesse de 7 mois et demi. Hystérectomie abdominale. Enfant mort. Sans récidive 17 mois après.

Ainsi, sur ces 35 hystérectomies faites après le terme de viabilité du fœtus, nous trouvons 14 enfants vivants, soit 40 p. 100 ; mais il faut remarquer que, sur ces 14 enfants, 10 sont indiqués comme ayant été extraits dans le courant du neuvième mois ou à terme. Pour 21 hystérectomies pratiquées aux septième et huitième mois de la grossesse, il n'y a plus que 4 enfants indiqués comme nés vivants et ayant vécu. La proportion tombe alors à 19 p. 100.

Quant aux mères, nous n'en trouvons que 2, opérées de Mittermayer et de Fehling, chez lesquelles le cancer n'ait pas récidivé après trois ans écoulés.

Cette double constatation suffit pour condamner d'une façon absolue ces hystérectomies tardives en ce qui concerne la mère et qui ne lui apportent que de bien faibles chances de survie — précoces en ce qui concerne l'enfant qui est le plus souvent sacrifié et qui, lorsqu'il survit, est forcément compromis parce que prématuré.

Mais est-il plus indiqué d'intervenir, sans se soucier du sort de l'enfant, au début de la grossesse ? Ici, le sacrifice du fœtus est fatal. Les résultats obtenus pour la mère légitiment-ils ce sacrifice ?

Si, des 106 hystérectomies qui figurent dans les tableaux précédents nous retranchons celles qui ont été pratiquées à une époque où le fœtus était viable, il reste 71 opérations faites dans les six premiers mois de la grossesse.

Sur ces 71 hystérectomies, 9 ont été suivies pendant plus de quatre ans sans récidive constatée. Ce sont les cas de :

HOFMEIER. — Grossesse de 3 mois. Sans récidive 4 ans et demi après.
OLSHAUSEN. — Grossesse de 4 mois. Sans récidive 6 ans et demi après.
— Grossesse de 4 mois. Sans récidive 7 ans après.
— Grossesse de 2 mois. Sans récidive 4 ans et demi après.
LANDAU. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 13 ans après.
FEHLING. — Grossesse de 2 mois. Sans récidive 5 ans et demi après.
THEILHABER. — Grossesse de 5 mois et demi. Sans récidive 8 ans après.
ZWEIFEL. — Grossesse de 3 mois. Sans récidive 8 ans après.
— Grossesse de 5 mois. Sans récidive 7 ans après.

La proportion des cas heureux est donc, pour les hystérectomies précoces, de 12,69 p. 100.

Étant donné la fréquence relative de l'interruption de la grossesse dans le cas où l'évolution du cancer est abandonnée à elle-même, fréquence que nous pouvons considérer comme avoisinant le chiffre de 23 p. 100 ; étant donné, en outre, la mortinatalité due aux dangers que court l'enfant pendant l'accouchement, nous croyons qu'il faut prendre en sérieuse considération les survies prolongées dues à l'hystérectomie pratiquée au début de la grossesse et que la proportion de ces cas est assez importante pour justifier l'intervention quand on se trouve en face de conditions favorables.

A l'appui de cette opinion vient la statistique de Glockner, comprenant tous les cas de cancer coïncidant avec la grossesse observés à la clinique de Zweifel. Sur les 6 cas opérés dans les six premiers mois de la grossesse, nous trouvons 2 cas de survie sans récidive après 8 ans et 7 ans.

Aussi, en ce qui concerne la conduite à tenir pendant la grossesse, nous pensons avec Segond que :

Le curettage des fongosités cancéreuses et l'amputation du col pendant la grossesse doivent être proscrits comme amenant trop fréquemment l'interruption de la grossesse, sacrifiant par suite les intérêts de l'enfant sans bénéfice sérieux pour la mère.

L'hystérectomie peut être indiquée dans les premiers mois de la grossesse, lorsque le cancer est limité, l'opération donnant alors à la mère des chances sérieuses de survie prolongée et même de guérison.

Il est illogique, par contre, de retarder l'intervention pour faire l'hystérectomie au moment où le fœtus est viable. Le petit nombre de succès ainsi obtenus en ce qui concerne l'enfant et les rares survies sérieuses observées chez les mères montrent que cette pratique n'est heureuse ni pour l'un, ni pour l'autre. Quand le fœtus est viable, la meilleure conduite à tenir est d'attendre le terme de la grossesse.

Il resterait à examiner quel est le procédé d'hystérectomie le plus avantageux et, ce procédé étant déterminé, à voir s'il y a indication à évacuer ou non l'utérus avant de pratiquer l'hystérectomie.

En ce qui concerne la voie à employer pour l'hystérectomie, il semble, au seul examen des chiffres, que la voie vaginale a donné des résultats plus satisfaisants ; mais il y a lieu d'observer qu'un certain nombre d'hystérectomies abdominales remontent à une époque où la technique de cette intervention était encore imparfaite, que beaucoup de ces opérations ont été pratiquées dans des cas de cancers étendus

et à une époque avancée de la grossesse, conditions qui, à notre avis, constituent des contre-indications formelles à l'hystérectomie.

Aussi croyons-nous que les avantages de l'hystérectomie vaginale sur l'abdominale sont plus apparents que réels dans les cas où l'intervention est réellement justifiée, et qu'il est alors indifférent d'attaquer l'utérus par l'une ou l'autre voie.

Quant à l'évacuation de l'utérus préalablement à l'hystérectomie, elle est inutile, lorsqu'on opère dans les premiers mois, (et on ne doit, à notre avis, opérer que dans les premiers mois) et elle a l'inconvénient de multiplier les chances d'infection et d'inoculation. Nous la considérons donc comme nettement contre-indiquée.

Conduite à tenir pendant l'accouchement.

Les risques de l'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant résident surtout dans la prolongation du travail. C'est alors qu'on voit se produire les déchirures profondes du col, étendues ou non aux organes voisins; c'est alors qu'on observe des ruptures utérines. C'est aussi, dans ces cas, que la mort du fœtus et l'infection intra-utérine surviennent après la rupture des membranes, rupture parfois malheureusement provoquée par un accoucheur inexpérimenté.

Aussi l'expectation n'est-elle admissible que dans les cas où une partie très limitée du col est atteinte par le cancer et lorsque la dilatation s'effectue assez facilement et sans trop de retard, aux dépens de la partie saine du col. Encore faut-il alors se méfier de l'expectation, car les résultats des accouchements spontanés sont loin d'être brillants.

Dans la statistique de Theilhaber, nous ne trouvons, en effet, sur 10 cas d'accouchement spontané que 3 enfants vivants.

Deux mères seulement ont succombé du fait de l'accouchement; mais, étant donné le sort ultérieur des survivantes, nous n'en pensons pas moins qu'il eût mieux valu ne pas laisser se faire sans intervention des accouchements dans lesquels l'expectation a eu pour résultat de laisser mourir un aussi grand nombre d'enfants.

Mais quelle doit être l'intervention, lorsque le col résiste et que, l'accouchement spontané étant possible, ne peut s'effectuer que lentement avec des risques sérieux pour l'enfant. D'une façon générale, on peut



dire que les interventions par les voies naturelles sont dangereuses à la fois pour la mère et pour l'enfant.

L'enfant, déjà éprouvé par la longueur de l'accouchement, souffre encore du fait de l'extraction, et nous relevons dans la statistique de Theilhaber 7 enfants morts sur 29 cas d'intervention par forceps, version, incisions du col ou ablation de la tumeur pendant le travail. C'est une mortalité fœtale de 25 p. 100. Encore, doit-on ajouter, à cette première série, 10 cas dans lesquels la perforation a dû intervenir, de sorte que l'extraction par les voies naturelles a abouti à donner, sur 39 cas, 17 morts fœtales, soit 43,57 p. 100.

La mortalité maternelle est également très élevée, 10 morts sur 39 cas, soit 20,56 p. 100.

Elle est plus élevée encore quand on envisage les seuls cas où l'extraction du fœtus est précédée d'incisions du col, la mortalité maternelle est d'environ 50 p. 100 dans ces cas.

Aussi devons-nous proscrire toutes les extractions forcées à travers un col indilatable ou difficilement dilatable.

Lorsque les difficultés sont évidentes et, même, pour peu que le travail traîne en longueur et que le fœtus soit menacé, il faut recourir à l'opération césarienne en se rappelant que, plus tôt on opère, meilleurs sont les résultats.

L'opération césarienne étant décidée, faut-il s'en tenir à la césarienne classique ou pratiquer l'amputation utéro-ovarique de Porro? Faut-il faire la césarienne vaginale de Duhrssen? Faut-il, enfin, compléter la césarienne par l'hystérectomie?

Il y a lieu de distinguer nettement entre les cas dans lesquels le cancer est limité, l'hystérectomie se présentant alors avec quelques chances de succès, et les cas de cancer avancé, ayant plus ou moins infiltré les tissus voisins.

Dans ces derniers cas, la question ne se pose qu'entre la césarienne conservatrice et l'opération de Porro.

Il ne saurait, à notre avis, y avoir d'hésitation. *Dans les cas de cancer inopérable, l'opération de Porro est préférable à la césarienne conservatrice*, comme elle lui est préférable dans tous les cas d'utérus infecté ou même suspect d'infection. La césarienne conservatrice fait rentrer dans la cavité péritonéale un utérus dont le col est un foyer d'infection. L'opération de Porro isole, au contraire, complètement les tissus infectés de la cavité péritonéale. Toutes les deux, il est vrai, lais-

sent subsister le néoplasme, mais par nécessité et parce que l'extirpation en est impossible. Cette persistance du néoplasme ne saurait être invoquée ni contre l'une ni contre l'autre de ces deux interventions.

Les deux tableaux suivants permettent de se rendre compte des résultats obtenus par la césarienne classique et par l'opération de Porro et que, si les résultats éloignés ne diffèrent pas pour la mère selon l'intervention qu'elle a subie, les résultats immédiats donnés par l'opération de Porro sont supérieurs à ceux de la césarienne conservatrice.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES CONSERVATRICES POUR CANCER INOPÉRABLE (1).

1. Olshausen. — Enfant mort. Guérison opératoire. Mère morte 6 mois après.
2. — Enfant vivant. Mère morte.
3 Ed. Clémens. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
4. Duncan. — ? Mère morte.
5. Herman. — ? Guérison opératoire.
6. Routh. — Enfant mort. Guérison opératoire.
7. Porak. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
8. Sorel. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
9. Teuffel. — Enfant mort le 14e jour. Mère morte.
10. Jeannel. — Enfant vivant. Mère morte.
11. Lusk. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
12. Guéniot. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
13. Bojdanik. — Enfant vivant. Mère morte.
14. Munk. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
15. Mendes de Léon. — Enfant vivant. Mère morte.
16. Merkel. — Enfant vivant. Mère morte.
17. Klingelhofer. — Enfant vivant. Mère morte.
18. Dohrn. — Enfant mort. Mère morte.
19. Goodell. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
20. Pavligk. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
21. Gusserow. — Enfant mort. Mère morte.

Mortalité maternelle immédiate, 10 soit 47,61 p. 100.
— fœtale — 5 — 23,80 —

OPÉRATIONS CÉSARIENNES SUIVIES D'AMPUTATION DE PORRO

1. Zweifel. — Enfant vivant. Mère morte.
2. Draghiesco. — Enfant vivant. Guérison opératoire.

(1) A l'exception des cas dans lesquels n'a pas été appliquée la méthode de Sœnger et qui se sont tous terminés par la mort de la mère.



3. SUTUGIN. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
4. — Enfant vivant. Mère morte.
5. PINARD. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
6. LEPAGE. — Enfant vivant. Guérison opératoire
7 — Enfant mort. Guérison opératoire.
8. PRITZL. — Enfant vivant. Mère morte.
9. SAXINGER. — Enfant vivant. Mère morte.
10. WERTH. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
11. FRANK. — Jumeaux : 1 vivant, 1 mort. Guérison opératoire.
12. SNEGUIREFF. — Enfant vivant. Mère morte.
13. KRASSOWSKI. — Enfant vivant. Mère morte.
14. MURPHY. — Enfant mort. Mère morte.
15. LÉOPOLD. — Enfant mort. Guérison opératoire.
16. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
17. — Enfant vivant. Guérison opératoire.
18. PODEBINSKI. — Enfant vivant. Mère morte.
19. BUÉ. — Enfant mort. Guérison opératoire.
20. — Enfant mort. Guérison opératoire.
21. POTOCKI. — ? Guérison opératoire.
22. GAULARD. Enfant mort. Mère morte.

Mortalité maternelle immédiate, 9, soit 40,90 p. 100.
— fœtale (sur 23), 7 — 30,48 —

Pour le fœtus, on remarquera que les résultats de la césarienne suivie ou non d'amputation utéro-ovarique ne sont pas très brillants : 12 morts sur 44, soit une proportion de mortalité fœtale de 27,27 p. 100. Ces résultats n'en restent pas moins supérieurs à ceux obtenus par l'extraction à travers les voies naturelles.

Ils seraient encore meilleurs si, au lieu d'être faite d'emblée, l'opération n'avait été souvent pratiquée trop tard, alors que l'enfant avait déjà succombé au cours d'un travail prolongé.

Je ne parlerai ici, que pour mémoire, des rares cas où, après la césarienne, on a fait l'hystérectomie sus-vaginale avec traitement intra-péritonéal du pédicule. Sur 3 cas que j'ai trouvés de cette intervention (2 cas de Zweifel, 1 cas de Jeanne, de Rouen) il y a eu 2 morts (opérées de Zweifel). Je ne vois guère, à cette façon de faire, qu'une indication : l'infiltration cancéreuse du segment inférieur empêchant de confectionner le pédicule alors que la césarienne conservatrice est contre-indiquée par une infection utérine évidente.

Dans le cas de cancer opérable, il ne paraît pas qu'il puisse y avoir

autre chose à faire que de pratiquer la césarienne et de la faire suivre de l'hystérectomie abdominale.

Les cas que nous possédons sont les suivants :

2 cas de SCHRODER. Mères mortes. Enfants morts.
1 — BISCHOFF. Mère morte. Enfant vivant.
1 — FREUND. Mère morte. Enfant vivant.
1 — FOCHIER. Mère morte. Enfant mort.
1 — FRITSCH. Mère guérie. Enfant vivant.
1 — MURPHY. Mère morte.
1 — VON OTT. Mère guérie. Enfant vivant.

Les résultats de l'hystérectomie abdominale après la césarienne n'apparaissent pas comme brillants : 5 morts sur 8 opérations, c'est une mortalité opératoire de 62,3 p. 100 ; mais il faut songer, pour ne pas porter sur cette intervention un jugement trop pessimiste, que certains opérateurs n'ont pu agir que dans des conditions déplorables. Les malades de Schroder avaient, au moment de l'intervention, des manifestations fébriles, l'une d'elles avait une température de 39°,5. Celle de Bischoff présentait une propagation cancéreuse dans le paramétrium. Celle de Fochier fut opérée en pleine péritonite. L'opérée de Freund, en travail depuis quarante-huit heures, et arrivée au dernier degré de la cachexie,mourut sur la table d'opération. Celle de Murphy était épuisée par un travail de quatre jours et par des hémorragies répétées. Somme toute, les résultats sont mauvais parce que l'opération a été faite dans un certain nombre de cas *in extremis* et, dans d'autres, alors que la préférence eût dû être donnée à l'opération de Porro. Il ne faut donc pas conclure, à notre avis, contre l'hystérectomie consécutive à la césarienne, mais, seulement, ne l'appliquer qu'à bon escient.

L'hystérectomie abdomino-vaginale pratiquée par Reeb a donné un succès opératoire parce qu'elle a été faite dans des conditions meilleures.

Nous voudrions déterminer les avantages ou les désavantages de la césarienne vaginale suivie d'hystérectomie, connue sous le nom d'opération de Duhrssen bien qu'Acconci l'ait pratiquée le premier ; mais la comparaison avec la césarienne classique suivie d'hystérectomie abdominale est difficile, vu le petit nombre de cas que nous avons pu réunir d'opérations pratiquées *pendant le travail* : 2 cas de Duhrssen et 1 cas de Reeb avec 2 enfants vivants et 3 guérisons opératoires. Une

grosse objection se présente, toutefois, contre la césarienne vaginale, c'est qu'elle nécessite, après incision de la paroi utérine, l'extraction du fœtus par le forceps ou la version, ce qui peut diminuer ses chances. Malgré l'affirmation que l'extraction du fœtus est toujours facile, nous sommes, cependant, obligé à faire quelques réserves en voyant Zweifel, obligé, après un césarienne vaginale, de renoncer à l'extraction du fœtus et d'avoir recours à la césarienne abdominale.

Des 9 cas dans lesquels la césarienne vaginale suivie d'hystérectomie a été faite *au cours de la grossesse*, aucun n'a été suivi plus de quatre ans sans récidive. Quant aux résultats opératoires, ils comportent une mortalité de 22,22 p. 100 (2 morts sur 9).

Si ces résultats sont meilleurs que ceux constatés pour la césarienne suivie d'hystérectomie abdominale, il faut, toutefois, observer que les opérations, pendant la grossesse, sont faites dans des conditions bien plus favorables que celles qui sont exécutées au cours de l'accouchement et que leur comparaison ne saurait être décisive.

Aussi, *l'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale, ménageant mieux les intérêts de l'enfant que la césarienne vaginale, reste, à mon avis, l'opération de choix au cours de l'accouchement, en face d'un cancer nettement limité et lorsque l'état général de la malade lui permet de supporter le traumatisme opératoire.*

Conduite à tenir après l'accouchement et pendant les suites de couches.

Dans les cas de cancer inopérable, la thérapeutique palliative reste, évidemment, la seule applicable : abondantes irrigations antiseptiques, d'abord, puis, suivant le degré d'extension du cancer et les complications, curettage et thermo-cautérisation.

Lorsque le cancer est opérable, il ne saurait y avoir d'hésitation, l'opération radicale s'impose. Je sais bien qu'on cite quelques cas de beaux succès obtenus par l'amputation haute du col, tels que les trois cas de Spencer dont les opérées (l'une d'elles ayant eu une nouvelle grossesse et un enfant vivant) étaient encore sans récidive 11 ans, 9 ans et 8 ans après l'opération. Mais de tels succès sont trop rares pour faire renoncer à la règle de l'extirpation large du cancer.

Il nous paraît donc pleinement justifié de pratiquer dans ces cas l'hystérectomie, aussitôt qu'il sera possible après l'accouchement. L'opération précoce a, en effet, l'avantage d'enlever le foyer infectieux cons-

titué par le cancer et, par conséquent, de diminuer les chances d'infection puerpérale. En outre, au point de vue des résultats éloignés, il y tout avantage à ne pas attendre pour opérer.

Le tableau suivant nous permettra de juger les résultats de l'hystérectomie faite soit immédiatement après l'accouchement et l'avortement non provoqués, soit à une époque plus ou moins avancée des suites de couches.

HYSTÉRECTOMIE APRÈS ACCOUCHEMENT ET AVORTEMENT NON PROVOQUÉS ET PENDANT LES SUITES DE COUCHES

1. WINTER. — Hystérectomie vaginale 24 heures après l'accouchement. Récidive 2 mois après.
2. FRITSCH. — Hystérectomie vaginale immédiate après l'accouchement. Guéson opératoire.
3. FLOEL. — Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.
4. VON SEIFFART. — Hystérectomie vaginale immédiate après l'accouchement. Morte le 2e jour.
5. WINTER. — Hystérectomie vaginale 15e jour après l'avortement. Sans récidive 7 ans et demi après.
6. OLSHAUSEN. — Hystérectomie vaginale immédiate après l'accouchement. Sans récidive 5 ans et demi après.
7. OLSHAUSEN. — Hystérectomie vaginale 11e jour. Guérison opératoire. Morte le 6e mois.
8. OLSHAUSEN. — Hystérectomie vaginale 8e jour. Guérison opératoire.
9. ZWEIFEL. — Hystérectomie vaginale 18e jour. Guérison opératoire. Récidive 3e mois. Morte le 16e mois.
10. ZWEIFEL. Hystérectomie abdomino-vaginale après incisions et forceps. Morte le 29e jour.
11. ZWEIFEL. — Hystérectomie vaginale après version. Récidive. Morte 1 an après.
12. ZWEIFEL. — Hystérectomie vaginale 26e jour après accouchement. Morte 3 ans 3 mois après sans récidive.
13. ZWEIFEL. — Hystérectomie vaginale 24 heures après accouchement. Récidive 5 mois après.
14. KYNOCH. — Hystérectomie vaginale 24 heures après accouchement. Récidive 2 ans après.
15. KYNOCH. — Hystérectomie vaginale 3 semaines après accouchement. Récidive 6 mois après.
16. KYNOCH. — Hystérectomie vaginale 10e jour après accouchement. Récidive 8 mois après.
17. HOFMEIER. — Hystérectomie vaginale 6 semaines après accouchement. Sans récidive 1 ans après.

18. Rymssa. — Hystérectomie vaginale 15ᵉ jour après accouchement. Sans récidive 2 ans et demi après.
19. Von Ott. — Hystérectomie vaginale 3 semaines après accouchement. Sans récidive après 8 ans et demi.
20. Fehling. — Hystérectomie vaginale 17 jours après accouchement. Sans récidive 2 ans 9 mois après.
21. Mittermayer. — Hystérectomie vaginale après avortement à 6 mois. Récidive 6 mois après.
22. Lohlein. — Hystérectomie vaginale 18ᵉ jour après l'accouchement. Récidive 6 mois après.
23. Lepage-Richelot. — Hystérectomie vaginale 31ᵉ jour après l'accouchement. Guérison opératoire.
24. Oui. — Hystérectomie abdominale 31ᵉ jour après l'accouchement. Sans récidive 3 ans après.

Les résultats de l'hystérectomie pratiquée après l'accouchement sont, on le voit, relativement favorables.

Sur 24 opérations, nous ne comptons qu'un seul décès opératoire et nous trouvons 3 cas sans récidive après plus de 4 ans d'observation (Winter, Olshausen, Von Ott), soit 12,50 p. 100, et plusieurs cas dans lesquels aucune récidive ne s'était produite après deux années écoulées (cas de Zweifel, de Rymssa, de Fehling, de Oui).

L'indication est donc fort nette d'intervenir, après l'accouchement et pendant les suites de couches, par l'hystérectomie toutes les fois que le cancer est opérable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cohnstein, *Arch. f. Gynœk.*, 1873. — Hermann, *Transact. of the obst. Soc. of London*, 1879. — Bar, Th. Agrégation, 1886. — Schroder, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, t. XII, p. 280. — Bischoff, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, t. X, p. 14. — Schroder, *Centralblatt f. Gyn.*, 1886, p. 10. — Fochier, *Lyon médical*, 1888. — Freund in Grapow, *Zeits. f. Geburts. und Gyn.*, t. XVII, p. 110. — Fritsch in Moller, *Centralb. f. Gyn.*, 1892, n° 6. — Murphy, *Brit. med. Journ.*, 10 octobre 1891. — V. Ott, *Journ. mens. obst. et gyn.*, t. III, p. 166. — Fehling, *Rép. annuel sur les progrès de l'obst. et gyn.*, Wiesbaden, t. II, p. 345. — Spencer-Wells, *Medic. chirurg. Transact.*, 1882. — Porak, *Nlles Arch. d'obst. et gyn.*, 1891. — Perschine, *Répert. d'obst. et gyn.*, 1891. — Soutougin, *Répert. d'obst. et gyn.*, 1891. — Hernandez, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1894. — Varnier et Delbet, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897. — Fehling, *Monats. f. Geb. und Gyn.*, novembre 1895. — Noble, *American Journ. of obstetrics*, 1896, p. 283. — Howard-Kelly, *American Journ. of obstetrics*, 1896, p. 295. — Van der Veer, *American Journ. of obstetrics*. — Beckmann, an. in *Obstétrique*, 1896. — Pinard, *Bulletin médical*, 1895. — Pinard, *Bulletins de la Soc. d'obst., de gyn. et de pæd.*, 1901. — Podebinsky, *Ann. de gyn.*, 1897. — Olshausen, *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, 1897. — Sorel, *Arch. prov. de chirurgie*, 1897. — Fehling, *Bulletin médical*, 1897, p. 939. — Reckmann, *Centralb. f. Gyn.*, 25 septembre 1897. — Winter, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1897. — Duhrssen, *Centralb. f. Gyn.*, 31 juillet 1897. — Chroback, *Centralb. f. Gyn.*, 18 septembre 1897. — Edward Clemens, *Centralb. f. Gyn.*, 1898, n° 10. —

Vitanza, *Arch. di ostetr. i gin.*, 1898, p. 670. — Boucaud (de), *Rev. mens. d'obst., gyn. et pæd. de Bordeaux*, 1899. — Michelini, *Ann. de gyn.*, 1899. — Acconci, *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1899. — Fritsch, *Centralb. f. Gyn.*, 1898, n° 1. — Mittermayer, *Centralb. f. Gyn.*, 1899, n° 13. — Jahreiss, *Centralb. f. Gyn.*, 1899, n° 13. — Draghiesco et Christian, *Bull. Soc. chir. de Bucarest*, 1899. — Johnston, *Boston med. and surg. Journ.*, 19 avril 1900. — Pollosson (A.), *Bull. Soc. chirurgie de Lyon*, mars-avril 1900. — Pollosson (A.), *Ann. de gyn.*, 1905, p. 478. — Orthmann, *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XLV. — Hense, *Zeits. f. Geb.*, 1901. Bd. XLVI. — Vagner, *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1902. — Legueu, *Bull. Soc. d'obst., gyn. et pæd.*, 1901. — Delanglade, *ibid.* — Varnier, *ibid.* — Pozzi, *ibid.* — Bouilly, *ibid.* — Pinard, *ibid.* — Champetier de Ribes, *ibid.* — Lepage, *ibid.* — Segond, *ibid.* — Quenu, *ibid.* — Enrique Fortim, *ibid.*, 1904. — Couvelaire *ibid.*, 1905. — Jordan, *Brit. gyn. Journal*, février 1903. — Kallmorgen, *Centrabl. f. Gyn.*, 1902. — Condamin, *Ann. de gynéc.*, 1905. — Drouart, Th. Nancy, 1900. — Gailly, Th. Lyon, 1900. — Dève, Th. Lyon, 1904. — Condamin (A.), Th. Lyon, 1904. — Fehling, *München. med. Woch.*, 1897, n° 47. — Theilhaber, *Arch. f. Gyn.*, 1894. — Sarwey, *Beitr. z. Geburt. und Gyn.*, 1892. — Schroeder, *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, 1898. — Spencer, *Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Empire*, 1904. — Briend, Th. Lyon, 1905. — Bué, *Hystérotomie et hystérectomie en obstétrique.* — Reeb, *Deutsche med. Wochensc.*, 1904, t. XXX, p. 190. — Jordan, *Brit. gyn. Soc.*, novembre 1902. — Glockner, *Beitr. zur Geburt. und Gyn.*, 1902. — Bland, *The Lancet*, 23 février 1901. — Trotta, *Archivio di ostet. i gin.*, 1902. — Jeanne, *Normandie médicale*, 1er novembre 1906. — Kynoch, *Scott. med. and surg. Journ.*, 1906. — Oui, *Bull. Soc., obst. gyn. et pædiat.*, 1907.

UNE OBSERVATION DE TORSION BILATÉRALE DES DEUX TROMPES[1]

Par **G. MICHEL**, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

En 1894, Hartmann écrivait que la torsion des salpingites et des salpingo-ovarites est beaucoup plus rare que la torsion des kystes de l'ovaire.

En 1900, Pozzi, dans un mémoire paru dans la *Revue de gynécologie*, disait : « Les observations de torsion du pédicule dans les salpingites sont encore peu nombreuses. »

L'année suivante, dans la *Revue de chirurgie*, Cathelin publiait un important mémoire sur la torsion des hydrosalpinx, où il recueillait quarante et une observations dont six cas de pyosalpinx.

Je ne puis faire mieux que de renvoyer à ce mémoire pour toute la bibliographie antérieure à 1901.

Depuis 1901, Boursier (de Bordeaux), dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, a étudié la torsion du pédicule des salpingites kystiques.

Paquy, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, présenta une pièce de salpingite tordue. La thèse de Rabier (Paris, 1902), celle de Busquet (Bordeaux, 1904) reprennent la question après Cathelin.

Sanson dans sa thèse (Paris, 1905) étudie parallèlement les torsions des pédicules des kystes ovariques et des salpingites.

Morestin en 1902, Péraire et Weinberg en 1903, à la Société anatomique, ont rapporté de nouvelles observations; Albertin, en 1905, dans le *Lyon médical*, apporte une contribution à l'étude qui nous intéresse. Enfin tout récemment, dans le dernier numéro de 1906 de la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Chaput étudie la torsion du pédicule d'une variété spéciale d'hématosalpinx, les hématosalpinx compliquant les atrésies vaginales congénitales.

Il semble donc que les torsions des pédicules de salpingites kys-

(1) Communication faite à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, le 4 février 1907.



tiques ne sont pas d'une très grande fréquence. Elles sont cependant, grâce aux travaux que je viens de rappeler, assez bien connues cliniquement et anatomiquement.

Leur rareté relative tient peut-être à ce que les gynécologues ont eu pendant longtemps une prédilection pour les interventions par voie basse; maintenant que l'on aborde les annexes plus souvent par voie haute, à mon avis, il est probable que les observations seront de plus en plus fréquentes, la laparotomie seule permettant de bien constater la torsion d'un pédicule.

Je rapporte une observation intéressante surtout par la bilatéralité de la lésion, fait rare puisque l'on ne trouve dans les différents mémoires que deux ou trois cas semblables.

Cette observation est aussi intéressante par le procédé opératoire employé, qui a permis de garder les rapports des organes malades avec l'utérus, mais surtout l'extirpation rapide de ces organes : je veux parler du procédé d'hystérectomie subtotale par décollation de J.-L. Faure.

Il s'agissait d'une femme de 35 ans, mariée, sans passé génital, ordinairement bien portante, ayant eu deux grossesses normales sans aucune complication.

Dans la première quinzaine du mois de mars 1905, quelques jours après ses règles qui avaient été normales comme durée et comme abondance, elle est prise brusquement, sans aucune cause, d'une douleur très violente dans le bas-ventre sans localisation précise.

Cette douleur, à tendance syncopale, persista très intense pendant plusieurs heures ; puis la malade se mit à vomir ; un médecin appelé, constatant du ballonnement du ventre, le maximum de la douleur avec défense de la paroi à droite, de plus 38° de température, environ 100 pulsations à la minute, porta, sans toucher la malade, le diagnostic d'appendicite aiguë.

Il prescrivit de l'opium, de la glace.

Les douleurs ne tardèrent pas à se calmer, ce qui le confirma dans son diagnostic ; pendant plusieurs jours la température resta élevée.

Puis peu à peu tout rentra dans l'ordre; de temps en temps la malade se plaignait de douleurs dans le bas-ventre ; elle se leva et reprit ses occupations.

Vers le 10 avril, elle est reprise de douleurs aussi vives, aussi violentes avec les mêmes symptômes que précédemment, mais en plus une métrorragie abondante.

Son médecin la touche, constate une tuméfaction dans les culs de-sac pense, en raison de la fièvre, à une collection purulente, ou d'origine appendiculaire, ou d'origine tubaire.

Il prescrit la glace sur le ventre, les grandes injections. L'orage un peu

calmé, il adresse sa malade au service de M. le professeur Weiss, que j'avais l'honneur de suppléer à ce moment.

L'état général était bon, la température était de 38°, 38°,5, le pouls variait de 90 à 100, le facies n'était pas péritonéal.

A la palpation abdominale, on constatait à droite une tuméfaction de consistance dure, collée contre la fosse iliaque, dépassant un peu la ligne médiane, tuméfaction sans limites précises. Cette palpation était douloureuse.

Au toucher, dans le cul-de-sac gauche et dans le cul-de-sac postérieur on trouvait une masse très dure, arrondie, séparée par un sillon de l'utérus qui est normal comme col et comme volume, mais tout à fait immobile.

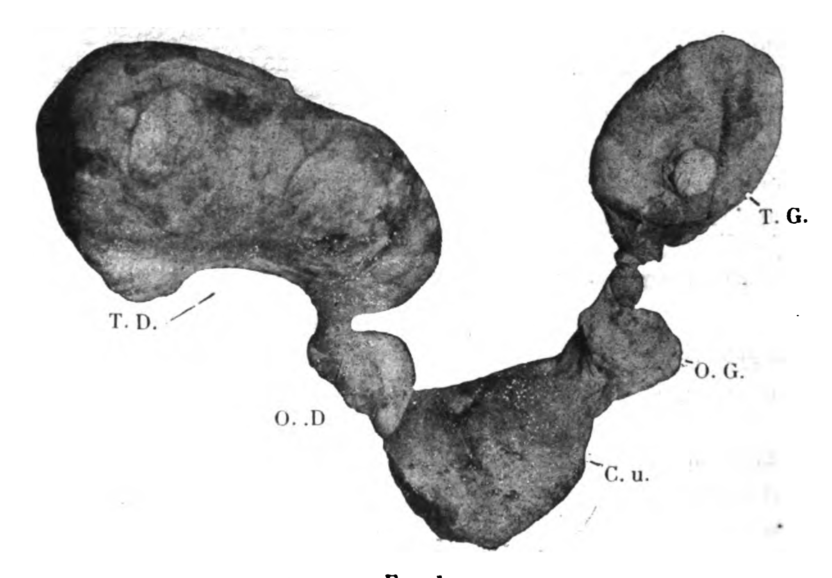


Fig. 1.
T. D, Trompe droite. — O. D., Ovaire droit. — C. u., Corps de l'utérus. — T. G., Trompe gauche O. G., Ovaire gauche.

A droite, le cul-de-sac était rempli par une masse, non limitée, se continuant nettement avec celle perçue par le palper abdominal.

Je portais le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine en raison du début brusque de l'affection, hématocèle à répétition, les symptômes s'étant reproduits peu de temps après la première crise.

Cependant ce diagnostic ne me satisfaisait pas complètement, à cause de la masse arrondie, très dure, perçue à gauche de l'utérus et nettement séparée de lui par un sillon.

Je trouvais de plus l'état général peu modifié, malgré l'intensité des symptômes.

L'existence de métrorragies abondantes ne cadrait guère avec une hématocèle ; de plus, il n'y avait jamais eu de retard dans l'apparition des époques, le col était normal comme consistance, l'utérus n'était pas plus gros qu'à l'état normal.

Aussi, mon diagnostic étant hésitant, je ne pratiquai pas la colpotomie, comme j'en avais eu un moment l'idée, et je laparotomisai ma malade.

Après ouverture de la paroi, je vis de suite une tumeur liquide, aux parois peu épaisses, développée aux dépens des annexes droites, légèrement adhérente à l'épiploon ; tumeur dont le pédicule avait subi sur lui-même plusieurs tours de spire ; ce pédicule n'était autre chose que la trompe.

Voulant me rendre compte de l'état des annexes gauches, j'aperçus en arrière, tout à fait dans le Douglas, une autre masse de consistance dure, à parois plus épaisses, plus congestionnées.

Les annexes étant malades des deux côtés, la suppression de l'utérus était permise. Cette ablation primitive de l'utérus allait faciliter mon intervention sur les annexes.

Désirant garder les connexions de la trompe tordue avec l'utérus et ne sachant pas la nature de la tumeur de gauche, je pratiquai l'hystérectomie subtotale par le procédé de la décollation de Faure.

Section primitive du col en avant, la face postérieure n'étant pas accessible, pincement des utérines, décollement de l'utérus attiré en haut. Je puis facilement aborder de dedans en dehors la tumeur de gauche. Je l'énuclée facilement et constate avec surprise que c'est un nouvel hémato-salpinx tordu.

Je passe sur la fin de l'opération qui ne présenta rien de particulier, mais grâce au procédé d'hystérectomie, que j'ai employé plusieurs fois depuis, j'ai pu très rapidement enlever l'utérus et les annexes, et j'ai pu garder ma pièce intacte.

Les suites opératoires furent tout à fait normales, la malade quittait le service trois semaines après l'opération, complètement guérie.

Examen de la pièce opératoire, dont la photographie (fig. 1) donnera une idée :

La trompe droite bien plus dilatée que celle de gauche avait un pédicule où l'on comptait quatre tours de torsion effectués de gauche à droite.

L'ovaire lui-même était tordu, il était facilement reconnaissable à la partie tout inférieure du pédicule. Le liquide contenu dans cette trompe était très clair ; les parois de la poche étaient très minces, transparentes, très vasculaires.

A gauche, la trompe était bien moins dilatée, les parois de la poche étaient plus épaisses, de coloration noirâtre ; cette trompe renfermait du sang.

Les tours du pédicule étaient moins nombreux, trois seulement, en sens inverse de ceux de droite.

Un de ces tours, le plus rapproché de la tumeur, était particulièrement serré, le pédicule était presque étranglé.

L'ovaire n'était pas pris dans la torsion, il était presque entraîné. Accolé à la partie inférieure du pédicule, il était aplati, très déformé.

Je renvoie au mémoire de Cathelin pour l'étude étiologique et anatomo-pathologique de la torsion des salpingites.



Je me borne à signaler les particularités de mon observation.

Tout d'abord, la bilatéralité ; ce fait n'a pas été souvent signalé.

Le professeur Pozzi a rapporté un cas où, quinze jours après avoir opéré une trompe tordue, il opéra de nouveau pour la trompe opposée qui s'était tordue depuis la première observation.

Dans mon observation, les tours de torsion étaient très serrés, surtout du côté gauche ; à droite et à gauche, la torsion observée correspondait aux cas que Legueu a décrits sous le nom de *torsion avec étranglement complet.*

Chez ma malade, l'ovaire droit avait pris part à la torsion, à gauche il n'était pas tordu, mais en quelque sorte entraîné, prêt à suivre les tours de spire de la trompe.

Je crois qu'il s'agit là d'une torsion vraie, primitive, l'ovaire étant sain, non adhérent, et non d'une torsion secondaire apparente.

D'après les recherches de Cathelin et de Busquet, ces torsions vraies de l'ovaire sont très rares.

N'avons-nous pas dans ce fait anatomique, torsion et constriction de l'ovaire, l'explication de certains symptômes douloureux tellement intenses qu'ils peuvent entraîner la syncope chez certaines femmes ? Ces phénomènes douloureux ont été très marqués chez la malade dont j'ai rapporté l'histoire.

Puisque je parle de symptômes, si je relève ceux que j'ai observés chez elle, je retrouve le tableau clinique étudié par Cathelin et après lui par Busquet et Rabier.

La *douleur*, intense, brusque, presque toujours syncopale, survenant sans que l'on trouve une cause appréciable, est très nette dans mon observation.

Les deux crises douloureuses survenant à un mois d'intervalle, correspondent presque certainement à la torsion de chacune des trompes.

Cathelin note dans ses observations la localisation de la douleur au côté de la torsion.

Pour ma malade, les douleurs d'après l'interrogatoire et les renseignements reçus, étaient mal localisées, sauf lors de la première crise, où, généralisées d'abord, elles se sont localisées ensuite au côté droit.

La réaction péritonéale et les vomissements étaient très nets chez mon opérée, tellement nets que le médecin traitant pensa dès le début à une appendicite aiguë perforante. Ce diagnostic était d'autant plus

légitime que le thermomètre marquait 30° et qu'en prenant le pouls on trouvait 100 pulsations à la minute.

D'après les relevés de Cathelin, cette ascension du thermomètre est un fait exceptionnel ; pour cet auteur elle serait toujours occasionnée par la présence d'un pyosalpinx.

Or chez ma malade il s'agissait d'un hématosalpinx à gauche et d'un hydrosalpinx à droite, et cependant la fièvre a été constatée avant l'entrée dans le service et pendant les quelques jours qui ont précédé l'opération.

Cette fièvre même a été la cause des différentes erreurs de diagnostic sur lesquelles je vais revenir tout à l'heure.

Les *métrorragies* n'ont pas été signalées avant Cathelin; elles constituent un symptôme important qui n'a pas manqué dans mon observation.

Les *signes physiques* que j'ai observés montraient que j'avais affaire à une tumeur pelvienne et abdominale, et cela en raison de la bilatéralité de la lésion des trompes, celle de droite ayant une évolution abdominale, celle de gauche prolabée dans le Douglas ayant une évolution pelvienne.

Le plus souvent d'après les travaux de Legueu, Pozzi, Cathelin, la tumeur est à évolution franchement abdominale, le toucher vaginal étant souvent négatif.

Cela est le plus souvent vrai quand la lésion est unilatérale.

Je n'ai rien constaté pouvant faire penser au signe *de Warnek*, c'est-à-dire à la perception des tours de spire par la palpation abdominale, ou par le toucher vaginal.

Comme Hartmann, ce signe de Warnek « me laisse rêveur ».

Tels sont les symptômes que j'ai observés chez ma malade, symptômes calqués sur ceux que Cathelin a relevés dans les observations de son mémoire et qui lui ont permis de tirer les conclusions qui vont suivre :

« *Toute tumeur sous-ombilicale limitée, fluctuante, mate et mobile,* « *s'accompagnant d'antécédents paroxystiques douloureux et se termi-* « *nant par l'explosion d'une douleur brusque extrêmement intense avec* « *vomissements, constipation et sans fièvre*, doit faire penser *à un hydro-* « *salpinx* tordu. »

Oui, mais je dirai après coup, quand on retrouve tous les symptômes observés chez sa malade, on en voit les rapports, ils forment un

tout qui semble ne pouvoir prêter au change ; mais cela les pièces en mains.

Avant l'opération il n'en est pas de même. Un symptôme est prédominant, semble pathognomonique, on se base sur lui et l'on fait une erreur de diagnostic.

C'est tellement vrai qu'au chapitre diagnostic, Cathelin, dans son mémoire, souligne que sur 41 observations ce diagnostic n'a pas été fait une seule fois.

Il est plus que probable que les chirurgiens qui auront encore à traiter de ces hydro-hématosalpinx tordus feront la même erreur que leurs prédécesseurs.

Je ne souscris pas d'ailleurs complètement aux conclusions de Cathelin.

Ces torsions ne sont pas toujours sans fièvre, puisque chez ma malade la fièvre a été dûment constatée et cela pendant plusieurs jours.

Que doit-on faire de ce diagnostic, en dehors des crises, ou pendant les crises ?

Je ne m'occupe que de ce dernier cas. Pendant la crise toutes les maladies à douleur vive et subite peuvent être prises pour les accidents d'une torsion salpingienne.

J'avoue franchement que ces erreurs me semblent pardonnables et qu'il est bien difficile de les éviter.

La première crise de ma malade simulait tout à fait une crise d'appendicite, le tableau clinique était, à s'y méprendre : température, accélération du pouls, douleur brusque généralisée se localisant ensuite à droite ; défense limitée de la paroi abdominale, réaction péritonéale avec vomissements.

Le médecin n'a pas touché, c'est une faute ; mais il est plus que probable que la trompe droite étant en évolution abdominale, ce toucher aurait été négatif et aurait au contraire confirmé le diagnostic d'appendicite.

Cette confusion avec l'appendicite a été souvent faite.

La grossesse extra-utérine rompue, l'inondation péritonéale ne peuvent pas prêter au change, cela est certain.

Mais les ruptures incomplètes, progressives, en plusieurs temps, ne s'accompagnent pas de phénomènes marqués d'anémie aiguë, mais se traduisent surtout par la douleur brusque, syncopale, et du péritonisme.

On peut trouver une tumeur latéro, ou rétro-utérine bien circonscrite, accolée à l'utérus, quelquefois séparée.

L'erreur est d'autant plus facile (c'est celle que j'ai faite), qu'il y a métrorragie, souvent peu abondante, analogue à celle qui accompagne les hématocèles.

Pour éviter cette erreur, il faut insister sur la recherche des troubles de la menstruation, retard des époques, et chercher tous les symptômes réflexes de la grossesse.

Chez ma malade, l'absence de ces symptômes aurait dû me faire éliminer le diagnostic d'hématocèle.

Je n'insiste pas sur ce diagnostic; si on y pense on peut le faire, mais malheureusement, on n'y pense pas ; il me semble avec Cathelin, que la formule *intervenir s'il y a doute* trouve ici son application.

Il faut intervenir parce que ces torsions salpingiennes peuvent être le point de départ de complications graves; elles peuvent se rompre, elles peuvent s'infecter.

Quel est le mode de traitement à conseiller, il ne semble pas y avoir d'hésitation. C'est la laparotomie, suivie de castration unilatérale dans le cas de lésions limitées à une seule trompe; dans le cas de lésions bilatérales, c'est l'hystérectomie subtotale avec ablation des annexes qu'il faut conseiller.

Je me permets d'insister sur la grande facilité que donne le procédé si bien décrit par Faure.

J'ai laissé de côté, à dessein, l'étude du mécanisme de ces torsions; ce mécanisme a été complètement étudié par Cathelin, je ne pourrais que copier servilement.

Je souscris à ses conclusions :

Le mécanisme de la torsion dépend de causes anatomiques et mécaniques multiples.

Du côté de la tumeur signalons son siège tubaire externe périphérique, son pédicule mince et long, sa mobilité, son siège abdominal et non pelvien, son accroissement par en haut.

Du côté des organes voisins, la pression et la contraction intestinale, la déclivité très grande du détroit supérieur et les surfaces polies des séreuses en contact.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RUPTURES CENTRALES DU PÉRINÉE

A PROPOS DE DEUX CAS DE DÉCHIRURES CENTRALES DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Par le docteur **N. GUERDJIKOFF**, privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Genève, chef de clinique à la Maternité.

(Clinique obstétricale et gynécologique de l'Université de Genève. Professeur docteur A. Jentzer, remplaçant docteur R. Kœnig).

La rupture centrale du périnée est un fait des plus rares en pathologie obstétricale. Des praticiens et même des accoucheurs ayant des services hospitaliers passent leur vie sans avoir observé cet accident; aussi plusieurs auteurs ont longtemps nié l'existence et la possibilité de cette complication de l'accouchement. Nous avons cherché à contrôler dans la littérature le nombre de cas publiés et nous ne sommes arrivés à en réunir que 102. Encore ce chiffre doit-il être réduit, car une partie de ces observations (environ 1/8) ne comprennent que des déchirures superficielles et incomplètes, de simples éraillures de la peau.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la fréquence de ces ruptures : Newiajski, se basant sur les statistiques de la clinique Baudelocque de Paris, trouve 1 cas sur 2.000 accouchements (en comptant également les déchirures superficielles et incomplètes), tandis que V. Braun-Fernwald ne cite que 2 cas de déchirure centrale sur 20.000 accouchements observés à la Maternité de Vienne.

Sur les 102 cas que nous avons pu réunir, 87 fois la rupture a été occasionnée par la tête fœtale, 9 fois par une petite partie (coude ou

---

(1) Y compris les 97 cas réunis par Monard (1869), Charpentier (1885), Delcroix (1891) et Neviajski (1899). Depuis Engelmann (1900) on a rapporté 1 cas; Zangenmeister (1901), 2 cas; Kehrer (1901) 1 cas et Azwanger 1 cas (1904). Nous devons en plus à l'obligeance de notre chef M. le docteur Kœnig un cas de déchirure centrale du périnée dans la présentation de la face, menton en arrière. Le cas a été présenté à la clinique de Strasbourg en 1894 par le professeur Freund père qui, d'après le noter de M. Kœnig, a admis comme cause de cette déchirure la longueur exagérée du périnée et l'inclinaison trop faible du bassin. Ainsi le nombre des cas dont nous avons connaissance remonte à 103.



bras), engagée à côté de la tête et 6 fois seulement la rupture a eu lieu dans la présentation du siège. Si l'on ajoute encore que dans ces 6 derniers cas la perforation a été occasionnée 1 fois par le coude au moment de l'extraction (Azwanger) et une autre fois par un pied après l'application du basiotribe sur le siège après essai du forceps (Delcroix), il en ressort que la rupture centrale du périnée n'a été observée que 4 fois dans l'accouchement spontané du siège. Toutefois, cette rareté peut s'expliquer, du moins en partie, par la rareté relative des présentations podaliques.

Nous avons eu l'occasion d'observer, à la maternité de Genève, deux cas de rupture centrale du périnée dans la présentation du siège. L'histoire de ces cas nous a semblé suffisamment intéressante pour en justifier la publication. Voici nos observations :

Mlle X..., âgée de 25 ans, gouvernante, entrée à la maternité le 13 avril 1904. Primipare. Les dernières règles ont eu lieu au commencement de juillet 1903. Au sixième mois de la grossesse, apparition d'œdèmes aux membres inférieurs augmentant progressivement et se généralisant vers la fin de la grossesse.

Taille moyenne; conformation du corps normale ; glandes mammaires de volume moyen, mamelon petit, mais proéminent. Le bassin et les parties génitales externes ne présentent aucune anomalie. Fort œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale ; face bouffie. Apyrétique. Poumons, rien de particulier ; bruit de galop au cœur. Urine trouble, contenant 50 p. 1.000 d'albumine.

Le fond de l'utérus se trouve à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. La distension est moyenne ; l'utérus de forme ovoïde a une direction longitudinale et médiane. On entend les bruits du cœur fœtal à gauche et en avant. Par le palper on constate une présentation du siège en S.I.G.A. Le vagin est large, les parois en sont très molles. Au moment de l'entrée (11 heures du matin, le 13 avril), le col est complètemont effacé et dilaté comme une pièce de 5 francs. La poche est rompue. On sent le siège décomplété, mode des fesses, fixé au détroit supérieur. Le scrotum ainsi que les fesses dépassant légèrement l'orifice externe. A 1 heure de l'après-midi, la dilatation est complète et l'accouchement a lieu à 2 heures. Le placenta complet pesant 425 grammes est expulsé 10 minutes après l'accouchement. Enfant : garçon, avant terme, mort-né, long de 48 centimètres, pesant 2.400 grammes, bien conformé.

L'accouchement : La malade a commencé à avoir des douleurs à 10 heures du soir, le 12 avril, à domicile. Elle ne peut pas donner des renseignements exacts sur le moment de la rupture de la poche des eaux ; toutefois, lors de l'entrée on constate encore passablement de liquide dans l'utérus. Les contractions durant la période de la dilatation sont fréquentes, très fortes et effi-



caces. Lorsque le siège apparaît à la vulve, le périnée est fortement distendu et allongé. Les douleurs expulsives, brusques et en secousses, se suivent presque sans intervalles. Au moment du dégagement spontané du siège, la hanche antérieure (gauche) reste sensiblement à droite de la ligne médiane, au lieu de venir s'arquebouter sous la symphyse. Le pied postérieur de l'enfant arrivant sur le centre du périnée distend celui-ci au maximum. Cette surdistension se traduit extérieurement par une proéminence de couleur opaline, luisante. A ce moment, survient une contraction violente qui force le siège à s'infléchir, sans lui donner le temps d'effectuer sa rotation. Au maximum de l'effort et avant que la hanche postérieure arrive à se dégager, il se produit une rupture centrale du périnée, siégeant à 2 centimètres environ en avant de l'anus et laissant entre elle et la fourchette un pont large de 2 travers de doigt. La déchirure est transversale, avec légère obliquité de droite à gauche et d'arrière en avant. Elle s'est produite si brusquement et d'une manière si inattendue qu'on aurait cru voir un grand œil s'ouvrir subitement au milieu du périnée surdistendu. Immédiatement après, le pied et une anse du cordon, longue de 8 à 10 centimètres procident à travers cette ouverture. Le siège, dégagé jusqu'au tiers supérieur des cuisses, s'arrête un moment comme accroché par les parties procidentes et ne se dégage qu'après leur réduction qui d'ailleurs n'offre pas de difficulté. Le pont entre la déchirure centrale et la fourchette persiste jusqu'après le dégagement des épaules et ne se déchire que pendant l'extraction laborieuse de la tête. L'accouchement terminé, on constate une déchirure complète et anfractueuse du périnée (y compris le sphincter anal). A 4 heures du soir, M. le docteur Kœnig, alors chef de clinique à la maternité, pratique la restauration du périnée. Les bouts du sphincter sont suturés par deux points perdus à la soie fine. Le plancher du bassin est refait au moyen de deux étages de sutures profondes au catgut. La peau est également suturée par un surjet de catgut gros.

Guérison parfaite du périnée par première intention. Le 14 avril l'albumine des urines descend à 10 p. 1.000. On continue un régime lacté absolu. Du 15 au 30 avril l'albumine varie entre 3 et 0,30 p. 1.000 et lorsque la malade quitte la maternité, le 2 mai, on n'en constate plus que des traces insignifiantes.

Mme A. C..., âgée de 32 ans, domestique, d'origine italienne, entrée à la maternité le 30 janvier 1906. Primigeste. Dernières règles le 8 mai 1905. Bien portante durant toute la grossesse. Femme de petite taille, 1 m. 40, présentant des signes de rachitisme ; sternum bombant en avant, chapelet rachitique, incurvation caractéristique des tibias, bassin généralement et irrégulièrement rétréci. Diamètres du bassin : Ep. I. = 23 ; Cr. I. = 26; Troch. = 29; Baudel. = 17,5 ; Conj. Diag. = 10,2 (le même diamètre dans la position de Walcher = 11) ; C. v. estimé à 8,5. Le sacrum est très concave, les épines sciatiques sont peu proéminentes. La symphyse est de hauteur moyenne, mais très épaisse. La malade a commencé à marcher à l'âge de 3 ans. L'utérus est sensiblement arqué, son fond se trouve à 3 travers de doigt au-dessous de

l'appendice xyphoïde. Le ventre est fortement distendu et en besace. On entend les bruits du cœur du fœtus à gauche et en avant à la hauteur de l'ombilic. A la palpation assez difficile, on constate une présentation longitudinale, le pôle inférieur, probablement le siège, se trouvant encore au détroit supérieur, mobile. A droite on sent nettement des petites parties. Les parties génitales externes ne présentent rien de particulier, sinon une petitesse assez remarquable de la vulve. Le périnée est long, mais semble être bien constitué. Au toucher on constate que le col est long de 1 centimètre et demi environ, fermé. Le segment inférieur est épais et mou, régulier. On n'arrive pas à atteindre la partie qui se présente.

Le 16 février, le matin, la malade commence à avoir des douleurs, correspondant à des contractions régulières et assez fréquentes. Au toucher on trouve le col presque effacé et dilaté suffisamment pour admettre un doigt. On sent au détroit supérieur deux pieds avec talons tournés à gauche. A 1 heure de l'après-midi l'effacement est complet et l'orifice externe, à bords très minces, est dilaté comme une pièce de 1 franc. La poche des eaux, hémisphérique, affleure à cet orifice. Les contractions sont très fortes, de longue durée et se répètent toutes les cinq minutes environ. Le même jour à 8 heures du soir, la dilatation est grande comme 5 francs; les douleurs deviennent moins fortes et moins efficaces et la dilatation avancera dorénavant très lentement de sorte que le 17 février, le soir, elle atteint à peine la dimension d'une paume de main et n'est complète que le 18 à 1 heure du matin. La poche des eaux se rompt vers 2 heures du matin le même jour. Il s'écoule une grande quantité d'eau amniotique et de méconium. Au toucher on sent au détroit supérieur le siège complet en S. I. G. A. Les bruits du cœur sont normaux et l'état général de la malade est encore bon; mais malgré les contractions assez fortes et fréquentes, le siège reste toujours mobile au détroit supérieur. Vers 11 heures du matin, le malade commence à s'épuiser; son pouls se maintient au-dessus de 100 à la minute, la température monte à 37°,6 et on constate en même temps des signes de surdistension du segment inférieur. On décide de terminer l'accouchement et M. le docteur Kœnig, alors chef de clinique à la maternité, pratique l'extraction du siège sous narcose. On abaisse dans ce but le pied gauche et lorsque la hanche antérieure sort hors de la symphyse, le genou droit fait bomber fortement le périnée. A ce moment survient une contraction violente; on voit alors le genou droit traverser le centre du périnée en le perforant. La jambe se détend et procide à travers la déchirure. Entre cette déchirure, livrant passage au pied droit et la fourchette, il persiste un pont de 1 centimètre et demi environ de largeur. En arrière la déchirure se prolonge jusqu'au sphincter anal qu'elle entraîne en partie. On sectionne la bride antérieure et on termine l'extraction qui est très laborieuse.

L'enfant (garçon) à terme (3.200 gr., 54 cm. de longueur) est fortement asphyxié et complètement flasque. Son cœur continue à battre pendant cinq minutes, mais tous les efforts pour le ranimer restent sans succès. A l'autopsie on constate une hémorragie sous-duremérienne.

Le placenta est décollé et expulsé spontanément. Il est normal, complet, pesant 650 grammes.

Immédiatement après l'accouchement on pratique la suture du périnée : deux points à la soie fine sur le sphincter, catgut pour l'épaisseur du périnée et pour le vagin, crin de Florence pour la peau. Malheureusement, bientôt après la suture, la malade a plusieurs selles diarrhéiques ce qui, à notre avis, a occasionné l'infection de la plaie périnéale. Le 19 février on constate que les bords de la suture périnéale sont un peu rouges et gonflés. Le 20, l'enflure et la rougeur augmente et par la pression le long des bords de la suture on fait sourdre un liquide grisâtre, fétide. Le lendemain, le périnée suppure franchement ; on enlève les points de suture au crin et on voit que les lèvres de la déchirure sont couvertes de fausses membranes. La malade est immédiatement transférée dans le service septique de gynécologie. Depuis ce jour jusqu'au 28 février, la température oscille entre 38° et 39°, après quoi la malade reste apyrétique. On traite la plaie infectée par des lavages fréquents à l'eau oxygénée, par des compresses humides et antiseptiques et on badigeonne les parties couvertes de fausses membranes à la teinture d'iode. La plaie se déterge relativement vite et granule bien mais lentement ; la cicatrisation n'est complète que vers la fin du mois de mars. Exeat, le 5 avril.

En rapportant ces deux observations, nous n'entendons point reprendre à ce propos l'étude générale et complète des déchirures centrales du périnée. Les thèses de Morand, Delcroix, Neviajski et surtout le mémoire original et magistral de M. Charpentier (voir *Arch. de Tocol.* 1885) épuisent sous plusieurs rapports cette question. Nous nous permettrons toutefois d'émettre quelques considérations sur les causes et le mécanisme de cette complication.

A en juger d'après les observations que nous avons pu lire *in extenso* ou en résumé, il n'existe point de cause constante et unique se retrouvant dans tous les cas de rupture. L'étude comparative de ces observations conduit en tout cas à la conclusion que l'âge des parturientes, la grosseur de l'enfant, ainsi que la variété de la présentation ne jouent aucun rôle dans la production de ces déchirures. Il n'en est cependant pas de même du nombre des grossesses, la primiparité paraissant jouer un rôle important. Ainsi, sur les 84 observations où le nombre des accouchements de chaque malade a été mentionné, nous avons trouvé 78 I-pares, 3 II-pares, 2 III-pares et 1 IV-pares.

Pour expliquer les déchirures centrales du périnée, les auteurs énumèrent des causes multiples, qui peuvent pourtant se classer comme suit : 1° causes se rattachant à la conformation du bassin (rétrécissements, inclinaison trop forte ou trop faible, sacrum peu excavé et trop droit,

hauteur exagérée de la symphyse, étroitesse de l'angle sous-pubien), 2° causes se rattachant à la conformation particulière des parties molles (orientation anormale de la vulve, longueur exagérée du périnée, rigidité et manque d'élasticité de la vulve et du périnée, œdème ou insuffisance d'infiltration séreuse); 3° causes se rattachant aux contractions anormales de l'utérus et des muscles abdominaux (contractions trop fortes, trop fréquentes, brusques et irrégulières).

Toutes ces causes ont été observées séparément ou plusieurs à la fois chez la même femme. Néanmoins, il est certain que les vices de conformation du bassin et même des parties molles cités plus haut se rencontrent assez fréquemment, tandis que les ruptures centrales du périnée ne s'observent que rarement. D'ailleurs ces déchirures ont été constatées chez des femmes normalement conformées. Il faut donc admettre en plus d'autres conditions, ce que font d'ailleurs plusieurs auteurs, en invoquant les anomalies de contractions utérines et abdominales.

Nous ne saurions, à notre tour, assez insister sur l'effet nocif de ces contractions anormales trop fortes, brusques et intempestives. En effet, lorsque l'expulsion se fait lentement, la rotation et la sortie s'effectuent petit à petit, millimètre par millimètre pour ainsi dire, — et les parties molles ont le temps de se préparer en mettant en jeu leur élasticité, si faible qu'elle soit, et de laisser passer la partie qui se présente, tout en l'orientant dans l'axe de la filière pelvienne, sans subir de distension brusque qui seule mène aux déchirures. Par contre, s'il arrive une contraction violente et brusque au moment où la partie qui se présente presse sur le plancher du bassin et distend le périnée, cette partie tend à sortir en continuant la direction qu'elle a en ce moment sans avoir le temps d'accomplir sa rotation et de s'orienter vers la fente vulvaire. Ainsi le périnée éprouve brusquement et perpendiculairement à son plan une pression trop forte qui a souvent pour résultat une solution de continuité. Si le choc est reçu au moment où la partie qui se présente est près de la sortie, la déchirure peut n'intéresser que la partie antérieure du périnée et la fourchette (déchirure périnéale ordinaire). Par contre, si le choc arrive lorsque la sortie (déflexion dans le cas d'occiput et sommet) n'a point encore commencé, la déchirure atteint le centre du périnée ou même la cloison recto-vaginale. Enfin, il arrive que la contraction violente surprenne la tête à la vulve et le choc peut dans ce cas se porter vers la commissure antérieure et occasionner des déchirures dans la région du vestibule et du clitoris, déchi-

rure dont les conséquences peuvent être des plus funestes (voir à ce sujet notre mémoire dans la *Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 4, 1906).

Dans notre cas n° 1, la contraction brusque et violente est survenue avant que le siège eût effectué sa rotation complète et au moment où le pied postérieur pressait sur le centre du périnée. On conçoit facilement que l'effet de cette violente contraction se soit traduite par une pression très forte sur le centre du périnée et perpendiculairement à son plan, ce qui a occasionné la rupture centrale en question. L'œdème des parties génitales externes qui existait ici n'a joué, à notre avis, qu'un rôle secondaire en diminuant l'élasticité et la résistance des parties molles. A ce propos, nous ne saurions assez nous élever contre l'opinion de Budberg, d'après laquelle l'œdème contribuerait au contraire à conserver le périnée. Cet auteur recommande même de provoquer une stase artificielle par compression digitale du périnée dans le but de conjurer les ruptures, conseil dangereux à donner au praticien peu expérimenté.

Dans notre observation n° 2, le mécanisme de la déchirure est le même : une contraction violente survient au moment où l'on tire en bas le pied antérieur dans le but d'amener la hanche sous la symphyse. A la suite de cette contraction, le genou postérieur exerce brusquement une forte pression sur le centre du périnée et perpendiculairement à son plan et détermine ainsi la rupture.

En terminant nous croyons pouvoir conclure que *les anomalies de contractions sont les causes principales et effectives des déchirures centrales du périnée*, les vices de conformation du bassin et des parties molles n'étant que des causes prédisposantes et secondaires. D'ici découle la conduite à tenir lorsqu'on craint une déchirure ; en cas de contractions expulsives très violentes, il faut maîtriser la partie qui se présente et ne lui permettre de sortir que très lentement en lui faisant suivre l'axe de la filière pelvienne. Malheureusement, les déchirures centrales du périnée se produisent souvent si rapidement et d'une manière si inattendue, que l'accoucheur se trouve en face de l'accident terminé avant d'avoir eu le temps d'intervenir.

BIBLIOGRAPHIE

Ashton, Centraler Dammriss. Scharlach ; Septikämie, Genesung. *Lancet*, 28 septembre 1889 (Résumé in *Centralbl. f. Gyn.*, n° 36, 1890). — Azwanger, Seltene Entstehungsart eines centralen Dammrisses. *Wiener med. Presse*, 1901, n° 5. — Bigelow, Fall von centraler Ruptur der Damm. *Amer. Pract.*, 1878 (Rés. in *Centralbl. f. Gyn.*, 1878, p. 287). — Boissard, De la déchirure centrale du périnée. *La France méd.*, juin 1889. — Braun-

FERNWALD, R.V., Genitalwunden der Wochnerinnen. *Handbuch der Geburtshülfe*, III, Bd. II, Teil von F. v. WINCKEL, Wiesbaden, 1906. — BREITER VON, *Ueber Dammrisse*, thèse de Munich, 1867. — BUDBERG VON, Ist das Œdem der Vulva während der Geburt ein natürlicher Schutzmittel oder steiger ter gar die Gefahr der Zerreissens ? *Centralblatt f. Gyn.*, 1904, n° 8. — BUDIN, *Des lésions traumatiques chez les femmes dans les accouchements artificiels*. Agrégat., 1878, Paris. — CHARPENTIER, De la rupture centrale du périnée. *Arch. de Tocol.*, *logie*, 1885. — DELCROIX, A., *Etude sur la rupture centrale du périnée en accouchemen-* thèse de Paris, 1890-91. — ENGELMANN, F., Ueber eine seltene Form von Dammruptur *Centralbl. f. Gyn.*, 1900, p. 1225. — EUSTACHE, Etude sur la périnéorraphie pratiquée immédiatement après l'accouchement. *Arch. de Tocol.*, 1878, p. 345. — FLESCH MAX, Zur Kasuitik der Dammrisse. *Centralbl. f. Gyn.*, n° 45, 1895. — GUERDJIKOFF, N., De la rupture des varices vulvaires pendant la grossesse et l'accouchement. Hémorragie mortelle. *Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 4, 1906.— HARLEY, R. W., Durchtritt durch das Perineum. *Dubl. med. Jour.*, septembre 1881 (Rés. in *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, Bd. V, p. 295). — KAHN, EM., Partus per rupturam perinei centralem. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, p. 625. — KALTENBACH, R., Ueber eine eigentümliche Form von Centralruptur der Beckenbodens. *Centralbl. für Gyn.*, 1883, p. 457. — KOENIG, R., *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande*, n° 2, juillet 1906, Genève. — KRONER, Central Dammruptur etc. *Breslauer ärztl. Zeitschr.*, 1879, n° 12 (Rés. in *Centralbl. f. Gyn.*, Bd. IV, p. 93). — KEHRER ERWIN, Eine sehr seltene Form von Ruptur der muskulösen Beckenbodens und der Perineum. *Centralbl. f. Gyn.*, 1901, n° 36. — LAMBBERTENGHI, A proposito di un caso di lacerazione centre del perineo. *Ann. di Ost. e. Gin.*, Milano, 1896. — MATTHAEI, Zwei Fälle centralen Dammriss. *Deutsche med. Wochensch.*, 1894, n° 19. — MONARD, A., *De la rupture centrale du périnée*, thèse de Paris, 1869. — MUNSTER, H., Ein Fall von centraler Dammruptur. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 161. — NEVIAJKI, S., *Etude sur la déchirure centrale du périnée*, thèse de Paris, 1898-99. — RIBEMONT-DESSAIGNES et LE PAGE, *Précis d'obstétr.*, Paris, 1901. — SITZINSKI, A., Partus per rupturam perinei centralem. *Centralbl. f. Gyn.*, 1896, p. 219. — IDEM, Casuistique de déchirures centrales du périnée. *Journ. Akkoucherst. i gensk. bol.*, 1805, Saint-Pétersbourg. — SEXTON, Central rupture of the perineum, its causation and prævention. *Amer. Journ. of Obst.*, Vol. XXXVIII, p. 420, New-York. — SMALL, S., Fall von centralem Dammriss. *Med. Record*, 29 août 1896 (Rés in *Centralbl. f. Gyn.*, n° 18, 1897). — SPIEGELBERG. *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1878. — STADTFELD, Geburt durch eine centrale Perinenrupture. *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, p. 192. — SUCCOW, W., Ein Fall von centralem Dammriss mit Entwicklung der Kinder durch denselben. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1896 (Rés. in *Centralbl. f. Gyn.*, n° 18, 1897). — TARNIER, S., et BUDIN, P., *Traité de l'art des accouchements*, Paris, 1898, t. III. — ZANGEMEISTER, W., Ueber eine seltene Art von Dammrissen (Vulvaporrhexis). *Centralbl. f. Gyn.*, n° 31, 1901. — ID. Ueber den Mechanismur der Dammrisse. *Zeitschrift f. Geburtsh. und Gyn.*, 1903, p. 546.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE TRAITEMENT DES COLLECTIONS ANTE-UTÉRINES

Par M. **H. VIOLET**.

Ayant eu l'occasion dans le service de mon maître, M. le professeur Aug. Pollosson, d'intervenir par une hystérectomie vaginale chez une malade présentant une collection anté-utérine avec phénomènes généraux réclamant une intervention rapide, je désirerais rapporter cette observation et la faire suivre de quelques commentaires touchant les motifs de cette indication opératoire.

Mme veuve S..., 35 ans, habitant Lyon, entre à la clinique le 13 novembre 1905. 14 grossesses, dont 4 fausses couches.

Premier accouchement à 18 ans, à la suite duquel elle eut très probablement une déchirure périnéale, opérée par M. Poncet.

Deuxième accouchement à 19-20 ans, sans suites pathologiques.

Pendant sa troisième grossesse elle se mit à souffrir dans la région lombaire droite et entra à l'Hôtel-Dieu.

Elle avait des urines troubles ; elle ne se souvient pas si elle avait de la fièvre ; en tout cas, on voulait lui faire pour cela une opération dans le rein. La malade refusa l'intervention. Tout alla bien ; elle accoucha à terme. Mais l'année suivante elle entra à nouveau à l'Hôtel-Dieu pour son rein. Cette deuxième fois, on lui proposa encore une intervention. La malade sortit avec une ceinture Glenard et depuis elle est allée à peu près bien, mais avec de temps en temps des crises douloureuses survenant brusquement, durant 2 à 3 jours, s'accompagnant d'urines troubles et de douleurs rénales. Ces crises exigeaient le repos au lit et s'accompagnaient de frissons. Dès lors la malade a toujours souffert du rein. A chaque grossesse, elle eut des crises rénales plus accentuées. Chaque accouchement et chaque fausse couche, se terminaient par une délivrance artificielle. A la suite de sa dernière fausse couche, en 1900, elle a eu un abcès qui exigea une incision abdominale.

Il s'agissait probablement d'un phlegmon du ligament large, que M. Jaboulay ouvrit par une incision iliaque, dont on voit encore la cicatrice actuellement, longue de 5 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope, n'ayant laissé aucune éventration.

En 1903, elle entre à la Charité, dans le service de M. le professeur Laroyenne. Nous avons retrouvé l'observation d'alors. Il s'agissait d'un gros abcès pelvien,

tombant dans le cul-de-sac postérieur en même temps que développé du côté de la fosse iliaque gauche. Une colpotomie, faite suivant le procédé de Laroyenne (docteur Repelin), donna issue à une grande quantité de pus fétide. La malade sortit le 23 mars en bon état. Depuis elle est revenue à la consultation un certain nombre de fois, où on lui a fait quelques pansements vaginaux.

La malade entre cette fois, 14 novembre, pour des accidents aigus datant de 5 jours.

Ce sont des douleurs abdominales très vives, de la fièvre, des frissons, un état nauséeux. Brusquement, il y a 5 jours, elle fut prise de violentes douleurs dans le ventre. Elle se mit à vomir et depuis elle a vomi tous les jours.

Ses règles ont eu lieu pour la dernière fois le 20 septembre. En octobre elles ont manqué. Ce mois de novembre, elles sont venues depuis 3 jours, au milieu des phénomènes aigus.

Pas de constipation.

La miction est fréquente et impérieuse.

A l'examen, le 14 au soir : il s'agit d'une femme amaigrie, dont toute la physionomie exprime la douleur. Le ventre est ballonné, surtout dans la région sous-ombilicale ; la pression dans toute cette zone est douloureuse. On constate à gauche, au-dessus de l'arcade de Fallope, la cicatrice d'une incision de laparotomie iliaque. La percussion même légère est douloureuse. Les envies de vomir sont fréquentes. Le pouls est rapide, 128. La température est de 39°8. Le toucher est douloureux et difficile. Il permet de sentir la cicatrice de la colpotomie précédente, au milieu d'une induration lépreuse des culs-de-sac postérieurs et latéraux. L'exploration des culs-de-sac est douloureuse dans tous les points, mais nulle part on ne sent quelque chose de précis et de parfaitement délimitable au toucher et palper combinés. D'ailleurs, l'examen étant très difficile, on n'en prolonge point la durée, renvoyant à une phase de calme un examen plus approfondi et on décide de mettre de la glace sur le ventre.

Les jours suivants la température s'est amendée, elle reste entre 38°,5 et 38°,2. Mais le pouls persiste à être rapide : 120. Le 19 au matin, la température descend au-dessous de 38 à 37°,6 et la malade paraît avoir une légère amélioration ; mais le soir elle atteint 39°,2.

A l'examen, on constate de la submatité dans toute la moitié inférieure de la zone sous-ombilicale.

Au toucher, on a toujours cette même sensation de tissus infiltrés, épaissis, cartonnés ; nulle part dans les culs-de-sac postérieurs et latéraux, on ne sent d'endroit tendu, rénitent où l'on oserait ponctionner. A droite on sent des masses dures, irrégulières, bosselées, latéro-utérines. Le fond utérin est impossible à délimiter. En avant, dans le cul-de-sac antérieur on sent une poche tendue, fluctuante, remontant assez haut dans l'abdomen, quoiqu'il soit assez difficile d'en faire la délimitation exacte. La fluctuation est nette. On s'assure que la vessie est bien évacuée. Sous anesthésie, l'hystérométrie indique que l'utérus est un peu dirigé en arrière par rapport à la verticale.

Sur ce, je décide une hystérectomie vaginale. Celle-ci est assez difficile,

l'utérus étant immobilisé et peu abaissable. On est obligé d'avoir recours à l'hémisection suivant le procédé de M. Quénu, et grâce aux prises successives que facilite cette manœuvre, l'utérus s'abaisse peu à peu. Au cours du décollement du péritoine antérieur, on pénètre dans la poche suppurée et il s'écoule plus d'un litre de pus mal lié, roussâtre, à odeur fétide. On continue l'hémisection utérine. La face postérieure et le fond de l'utérus sont complètement adhérents et l'on est obligé de les dégager avec prudence. L'hémisection terminée, les ligaments larges sont pincés, sectionnés au fur et à mesure. Les pinces sont laissées à demeure. L'exploration de la loge laissée par la collection ne permet pas de sentir d'autre poche à ponctionner ou à décortiquer.

Les suites opératoires immédiates furent très simples. Au 3e jour, la température était à 37°,2 et la convalescence s'annonçait comme devant être rapide, lorsque au 7e jour de l'intervention (27 novembre) se déclara un gonflement et une douleur au niveau de la parotide droite s'accompagnant d'élévation de la température (39°,2).

Peu à peu apparurent des signes évidents de suppuration et un abcès en bouton de chemise qui exigea une incision le 5 décembre. Le 11, un véritable bourbillon gangreneux s'éliminait par la plaie et dès lors tout rentrait dans l'ordre.

La malade a été revue depuis à plusieurs reprises. Elle va tout à fait bien. L'examen gynécologique ne révèle aucune induration dans le petit bassin. Du côté de la parotide, il persiste une cicatrice rougeâtre, croûtelleuse au-dessous et en arrière de l'oreille. Aucun trouble du côté du facial.

Elle a eu seulement quelques accidents du côté du rein droit sur lesquels nous reviendrons dans un autre travail.

Voilà donc un cas de grosse collection pelvienne à allure aiguë, réchauffée dans un foyer ancien, précédemment traité par incision iliaque et par colpotomie ; le siège de la collection était en avant de l'utérus, que fallait-il faire ?

La colpotomie postérieure ou méthode de Laroyenne, dont notre maître M. le professeur Aug. Pollosson reste un chaud partisan dans les cas de collection pelvienne à phase aiguë, se trouvait ici dangereuse et ne pouvait que difficilement atteindre son but, étant donné la situation de l'utérus et celle de la collection.

L'incision simple par l'abdomen, n'aurait pas établi un drainage au point déclive.

La colpotomie antérieure nous semblait insuffisante ; combinées ensemble, colpotomie antérieure et incision abdominale avec drainage abdomino-vaginal, elles eussent suffi ; mais elles nous paraissaient expo-

ser à la blessure de la vessie, soit immédiate, soit secondaire par les drains.

Nous avons préféré faire « sauter la bonde ». Par l'ablation de l'utérus, un large drainage était assuré, sans qu'on eût à s'occuper de maintenir ultérieurement l'ouverture du trajet. Nous n'avions aucun regret à faire d'emblée une hystérectomie chez une femme de 35 ans, opérée précédemment, à deux reprises en 4 ans, pour des suppurations pelviennes.

L'hystérectomie sans ablation des annexes nous mettait-elle aussi bien qu'une laparotomie à l'abri d'une récidive ? C'est ce que l'avenir nous dira pour ce cas particulier.

Mais, au point de vue de l'indication opératoire, constituée par l'urgence de l'intervention, l'hystérectomie nous paraissait moins grave immédiatement qu'une laparotomie et tout aussi susceptible de donner un résultat persistant.

Nous versons cette observation au débat toujours ouvert des indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.

Dans les dernières séances de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, cette question est venue à l'ordre du jour.

D'autre part, la question se trouve aussi très bien posée dans les cliniques de Legueu et dans celles de Faure.

A Lyon, notre maître M. le professeur Aug. Pollosson est convaincu depuis longtemps de la supériorité de la voie abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes.

Dans les annexites chroniques c'est toujours à l'intervention abdominale qu'il faut avoir recours ; seule, la laparotomie permet d'être judicieusement conservateur ou radical.

Dans les annexites aiguës, notre maître enseigne depuis longtemps qu'il faut attendre, toujours attendre, encore attendre... L'évolution des accidents exige-t-elle une intervention ?

Le choix de cette intervention est surtout commandée par le siège de la suppuration. La collection bombe-t-elle dans le Douglas, la colpotomie s'impose. Faite très largement, cette opération donne des résultats merveilleux.

Bien souvent, ce sera une simple opération d'attente, ailleurs ce sera une opération définitive.

Mais il y a des cas où la colpotomie échoue ; ou elle est condamnée d'avance à un échec, ce sont ceux où la collection est trop élevée, trop

latérale, ou antérieure par rapport à l'utérus. Dans ces cas, l'indication d'opérer peut être aussi impérieuse. Que convient-il de faire ? Seule la laparotomie apparaît aux uns comme susceptible de répondre à l'indication posée. Pour les autres, c'est à ce moment qu'apparaît la véritable indication de l'hystérectomie vaginale.

La plupart des laparotomistes concèdent que, dans les cas aigus infectieux, la colpotomie doit prendre la place de l'opération abdominale.

Pour la même raison, l'hystérectomie vaginale doit être conservée dans certains cas ; elle permet d'atteindre et de drainer des collections dont la situation dans le pelvis échappe à une simple colpotomie. Nous croyons que pour les *collections anté-utérines*, pour lesquelles on est obligé d'intervenir à une phase aiguë l'opération de Péan-Segond, l'hystérectomie vaginale, reste le procédé de choix.

FAIT CLINIQUE

GREFFE CANCÉREUSE OPÉRATOIRE

Voici une observation que nous extrayons d'un mémoire de E. Zurhelle ayant pour titre *un cas certain de cancer par inoculation* (Frauenklinik de Bonn, prof. H. Fritsch), que nous reproduisons *in extenso* à cause de la rareté de ces faits et qui a son pendant dans le récent mémoire de MM. Hartmann et Lecène (1).

Obs. — M. B..., 32 ans, mariée depuis neuf ans, jusqu'à ce moment toujours bien portante, a eu cinq accouchements normaux et est bien accouchée sans assistance médicale; dernier accouchement, quatre années auparavant; 4 enfants vivants. La mère de la malade mourut d'une affection « cancéreuse » vers la cinquantaine. Premières règles chez la malade à 17 ans et demi; jusqu'à il y a un an, menstruation régulière, toutes les quatre semaines. Depuis un an, la femme s'apercevait de quelques écoulements sanguins *post coitum*. Il ne survint d'hémorragies plus abondantes que vers avril 1906; pas de douleurs; dans les derniers temps, amaigrissement notable.

Etat au moment de l'entrée à l'hôpital. — Femme de taille moyenne, maigre, pâle, d'aspect très cachectique, ne pesant que 86 livres, avec des organes digestifs et un appareil circulatoire normaux. Urines non albumineuses. *Examen vaginal* : tumeur dure, irrégulière, bosselée, friable. Le néoplasme proémine profondément dans le vagin. Malgré un toucher délicat, prudent, le doigt devient teinté de sang. Il n'est pas possible d'apprécier exactement la forme de la portion vaginale du col. L'utérus lui-même n'est pas augmenté de volume, les paramétriums paraissent libres, indemnes de modifications pathologiques. Un examen cystoscopique pratiqué le jour de l'admission indique que la vessie est saine. — *Diagnostic: cancer en chou-fleur de la portion vaginale.*

Opération le 1er juin 1906 (Fritsch) : *Extirpation totale de l'utérus et des annexes, à la* Wertheim. — Incision longitudinale commençant à gauche de l'ombilic jusqu'à la symphyse. L'opération est exécutée de façon typique, après désinfection rigoureuse et tamponnement à la gaze iodoformée du vagin. Après libération de l'utérus, des pinces vaginales de Wertheim sont appliquées contre le cancer, et le vagin est sectionné transversalement. Les bords saignants du vagin traités comme il convient, on tamponne du côté du vagin. Le péritoine vésical est suturé au péritoine du Douglas et de ce fait la cavité péritonéale est complètement fermée. Toutes les ligatures ont été faites au catgut iodé. Suture en étage de la paroi abdominale : suture continue exacte, au catgut iodé, d'abord du péritoine, puis de la musculeuse. Quatre fils perdus au crin de Florence avec suture intermédiaire, continuée au catgut. Suture à points séparés et au crin de Florence de la peau, etc. Convalescence régulière. T. maxima, 37°,6 dans la soirée du jour de l'opération. Le tampon fut enlevé le 5e jour; les fils de la paroi abdominale, au niveau de

(1) *Annales de gynécol. et d'obs.*, février 1907, p. 65.

laquelle on ne constata aucune induration et dont la plaie guérit parfaitement, le 12e jour. L'opérée se leva le 14e jour. Le 22e jour après l'opération, elle est débarrassée de toute douleur et a gagné trois livres. Le cæcum vaginal présente une cicatrice en forme de raie sans dureté, sans points douloureux.

Exactement trois mois après, le 22 septembre 1906, la malade est revue. Depuis environ quatre semaines, elle a remarqué dans la paroi abdominale, à gauche, au-dessous de l'ombilic un noyau gros comme une noisette, qui se mit à grossir rapidement. A domicile, le médecin tailla dans la grosseur, dit que c'était du cancer, qu'il n'y avait rien à faire et que ça repousserait toujours si on l'opérait. *Examen à la clinique* : à l'extrémité supérieure de la cicatrice abdominale, à gauche, au-dessous de l'ombilic, il y a une ulcération proéminente, environ de la dimension d'un mark, qui siège sur une tumeur grosse comme une petite pomme, reconnaissable dans la paroi abdominale. Nulle autre particularité sur le reste de la cicatrice. La femme avait engraissé de trois livres et s'était remontée dans l'intervalle.

Deuxième opération, le 24 septembre 1906 (prof. Fritsch). — Le noyau néoplasique fut enlevé, mais en taillant loin en plein tissu sain. A l'ouverture du ventre, dans cette deuxième opération, on put constater que les organes pelviens étaient libres de récidive. La cavité abdominale fut fermée de manière typique par des sutures à étages ; de plus, à cause de la grande distension, on appliqua quelques sutures perdues au crin de Florence. Convalescence régulière, réunion *per primam*. A la sortie de la malade, 13 octobre 1906, on ne pouvait rien constater de plus qu'une cicatrice de 17 centimètres parfaitement lisse.

Or, les examens macroscopique et microscopique des deux pièces pathologiques, néoplasme utérin et néoplasme de la paroi abdominale, démontrèrent leur identité histologique, et la discussion critique des hypothèses permises sur l'origine de la seconde tumeur établit de façon positive qu'elle ne pouvait être que le résultat d'une greffe cancéreuse directe.

*
* *

Sans entrer dans l'analyse détaillée de cette monographie intéressante, parce que MM. Hartmann et Lecène ont traité plusieurs des points qui y sont envisagés, surtout celui des précautions minutieuses à prendre pour prévenir le plus possible de telles complications, nous traduirons le passage dans lequel l'auteur rappelle les cinq conditions que Sellheim exige pour qu'on soit en droit de conclure à une greffe cancéreuse.

1° Il faut naturellement pouvoir exclure une propagation directe du foyer cancéreux primitif ; il doit donc exister entre les deux foyers cancéreux une large zone de tissu tout à fait normal.

2° Les aspects histologiques des deux néoplasmes doivent parfaitement concorder, c'est-à-dire que la dérivation de la seconde tumeur de la première doit être nette.

3° On doit pouvoir exclure avec vraisemblance l'origine par voie sanguine ou lymphatique.

a) En faveur d'une propagation par voie sanguine militent des formations multiples dans les organes internes ; sans doute, à côté des formations par ces voies de diffusion, il pourrait à la rigueur y avoir néoplasme par inoculation, mais de telles coïncidences ne doivent être admises qu'avec beaucoup de réserves.

b) En faveur des métastases lymphatiques milite l'apparition de noyaux néoplasiques multiples à la même époque et au même degré de développement.

4° Il est nécessaire que les particules cancéreuses puissent venir du foyer cancéreux primitif au point de genèse du néoplasme secondaire.

5° Pour entraîner la conviction, la démonstration microscopique des altérations anatomiques au point d'inoculation s'impose ; il faut également trouver la porte d'entrée des cellules cancéreuses. Or, cette démonstration des altérations histologiques caractéristiques ne sera naturellement possible qu'avec les métastases par inoculation, au premier stade de leur évolution (1).

R. L.

(1) *Arch. f. Gynæk.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 353.

REVUE ANALYTIQUE

Des vomissements graves de la grossesse (Hyperemesis gravidarum). K. Baisch, *Berlin. klin. Wochensch.*, 1907, n° 11, p. 297.

Ex juvantibus et nocentibus s'efforce-t-on de résoudre le problème de la nature des vomissements incoercibles des femmes enceintes, on se trouve en présence de deux faits : 1° *rien ne met avec autant de sûreté et de promptitude fin à ces vomissements comme l'évacuation de l'utérus*, avec cette restriction toutefois qu'il s'agit encore de cas non trop avancés, non trop compromis, dans lesquels rien ne peut plus arrêter la défaillance de l'organisme ; 2° d'autre part, l'observation a indiscutablement établi qu'*en certain cas, il a suffi d'une intervention insignifiante*, cautérisation d'une érosion, etc., parfois même *d'un semblant d'intervention* pour mettre fin, d'un coup, aux états les plus graves..., contrairement, *on n'a jamais vu un cas d'éclampsie guéri par la suggestion*.

On ne peut pas contester non plus que le développement, l'évolution de l'œuf n'influe sur les centres nerveux qui régissent l'appareil digestif (envies, boulimie, ptyalisme, etc.). Toutefois, on est conduit à admettre une disposition individuelle spéciale pour expliquer que cette hyperactivité des centres nerveux, jusqu'à un certain degré désirable, devienne pathologique. Et cette disposition, il est permis de la chercher dans l'utérus, dans les organes nerveux centraux et même dans l'estomac : *A*. une hyperproduction des subtances chimiques supposées *in utero* ou une altération chimique de ces substances explique l'*hyperemesis* dans le cas de jumeaux, de môle hydatiforme, d'endométrite et de rétroflexions ; *B*. une hyperexcitabilité des centres nerveux explique pourquoi neurasthéniques et hystériques fournissent une proportion aussi élevée de ces malades, enfin *C*. une susceptibilité anormale de l'estomac causée par des maladies antérieures ou acquise autrement explique les vomissements graves chez les femmes à organes digestifs délicats.

« Nos observations cliniques nous conduisent à admettre ces trois causes de l'hyperemesis gravidarum, et l'examen des faits consignés dans la littérature médicale nous paraît justifier cette trirépartition. Elle permet, en dehors de la multiplicité des modalités cliniques de cet état pathologique, de nous faire une conception générale de sa pathogénie et aussi de comprendre les opinions diverses des auteurs sur l'étiologie de cette variété de vomissements. L'hyperemesis grave, sévère (*vomissements incoercibles*), représente en réalité une maladie très rare, et suivant que, dans le matériel clinique de chaque observateur, prédominera tel type ou tel autre, il aura tendance à faire jouer le principal rôle soit au trouble gastrique, soit à la disposition nerveuse, ou bien à l'affection utérine.

« Durant les cinq dernières années, à la Frauenklinik de Tubingue (prof. D. A. Doderlein), sur un t tal d'environ 20.000 malades fréquentant la consultation de la clinique et sur un ensemble de 2.500 femmes enceintes, on a observé 20 cas d'hyperémésis, proportion élevée. Pick qui, utilisant les matériaux de la clinique de Schauta, a dressé la statistique la plus considérable de faits personnellement observés, a enregistré 23 cas sur 30.600 femmes enceintes. D'autre part, les nôtres se sont fait remarquer par leur gravité et relativement assez souvent nous ont forcé à la thérapie radicale, c'est-à-dire à l'interruption de la grossesse. »

En ce qui concerne le *pronostic*, il semble qu'il varie suivant le type clinique des vomissements, et il serait particulièrement favorable pour les neurasthéniques et hystériques. Mais, dans ces cas, il conviendrait de recourir à l'assistance d'un spécialiste, neurologiste ou gynécologue, dont l'autorité aura chance de réussir là où la capacité de suggestion du médecin de famille resterait en défaut. Rien de plus efficace, alors, que de commencer le traitement par la prescription d'un repos absolu. Un thermophore sur la région épigastrique ou une vessie de glace sur l'hypogastre servent à convaincre la malade de la nécessité du repos absolu au lit, dans le décubitus dorsal. D'autre part, dans tous les états quelque peu graves et datant déjà d'un certain temps, on supprime, dès le principe, pendant 24 heures au moins, toute alimentation solide ou liquide. Une soif vive est vite apaisée par quelques injections sous-cutanées de solution salée physiologique. Après ce premier temps de jeûne absolu, on permet, dans les cas légers, quelques cuillerées à café de lait glacé. Le lendemain, quelques biscottes ménagent la transition à une alimentation plus variée : thé ou café avec lait, bouillon, bouillies légères. Dans les premiers jours, l'alimentation liquide doit dominer ; de faibles prises de nourriture à intervalles non trop courts éveillent et stimulent l'appétit. *Le retour de l'appétit est le premier signal de la marche vers la guérison.* Grande circonspection, eu égard à l augmentation des choses permises et préoccupation du goût des malades sont les conditions essentielles de l'accentuation du mieux. Le passage brusque à une alimentation solide se traduit en général par une rechute également décourageante pour la malade et pour le médecin. Cette thérapie échoue-t-elle, n'est-elle pas suivie à bref délai d'une amélioration notable, ne pas s'attarder dans d'autres tatonnements diététiques ou thérapeutiques, mais recourir immédiatement à la cure suprême de l'hystérie : soustraire la malade à son milieu habituel et la transférer dans un établissement spécial, où les principes de la bonne direction médicale seront exactement appliqués.

Cette variété d'hyperémésis, de cause centrale, représente incontestablement la forme la plus commune ; de nos 20 cas de vomissements graves, 15 doivent être classés dans ce groupe. De ces 15 femmes, 2, indépendamment de l hyperémésis, étaient atteintes de ptyalisme, qui, autant que l'hyperémésis, imposa l'interruption de la grossesse. Au contraire, les 13 autres femmes purent être renvoyées guéries, après un traitement de 2 à 3 semaines.

Dans les cas où, judicieusement, la cause occasionnelle des vomissements

incoercibles paraît être une disposition maladive antérieure de l'estomac, il est important pour la guérison que la malade soit placée dans une maison de santé particulièrement disposée pour réaliser les indications de la diététique alimentaire ; car, dans ces cas, la suggestion échoue et la guérison n'est obtenue que par le secours d'un régime exactement approprié à chaque malade. Chez 3 des malades de la cliniques de Tubingue, l'anamnèse permit de reconnaître une maladie chronique de l'estomac, sans que l'examen le plus minutieux ait justifié l'hypothèse d'un cancer ou d'un ulcère de cet organe. Deux de ces deux femmes purent être renvoyées guéries après une cure de courte durée, tandis que chez la 3e il fallut, à cause de l'amaigrissement et de la diminution des forces, interrompre la grossesse, ce qui amena la cessation immédiate des vomissements.

Quand « l'hyperémésis » atteint des femmes fortes, saines, ni hystériques, ni neurasthéniques, que l'anamnèse n'indique aucune maladie antérieure de l'estomac, on est conduit à penser que cet état pathologique doit être causé par une hyperproduction dans l'œuf ou dans l'utérus de substances émétisantes. Dans ces *formes utérines de la maladie*, il faut néanmoins s'efforcer : *a*) de diminuer par les agents médicamenteux la susceptibilité, l'hyperexcitabilité du centre nerveux des vomissements (médicaments nervins et surtout la scopolamine à la dose de 3 à 5 milligrammes une ou deux fois par jour); d'accélérer l'action des émonctoires naturels par les diurétiques, les lavements, etc., pour réaliser une sorte de lavage de l'organisme.

*
* *

Mais, en dépit de l'individualisation la plus soigneuse des cas, *le nombre des malades chez lesquels tout traitement échoue n'est pas trop petit* ; il est plus élevé dans les cliniques et dans les maisons de santé où d'ailleurs sont dirigés les cas les plus graves. *Peu d'auteurs peuvent, en somme, se féliciter de n'avoir jamais été forcés de recourir à l'avortement dans le traitement de l'hyperémésis* (1). Et nous ne sommes pas de ceux là, écrit Baisch, car 5 fois il nous a fallu interrompre la grossesse pour enrayer la diminution continue des forces.

Quand, toute thérapeutique échouant, on se voit contraint à cette nécessité, c'est pour le médecin un devoir, quand il s'agit de femmes épuisées, en état d'inanition, d'agir le plus rapidement possible en exigeant d'elles le minimum d'efforts. De plus, il faut choisir une technique qui réduise au minimum les dangers d'infection. Pour ces raisons, à la clinique de Tubingue (Doderlein, professeur), *on vide l'utérus en une séance*. Pour rendre la cavité utérine facilement accessible, la veille de l'opération, après une dilatation avec la sonde, on introduit une tige épaisse de laminaire dans le col. Et le lendemain matin, on peut, en quelques minutes, avec la pince à œuf de Winter, enlever l'œuf *in toto*. L'hémorragie est enrayée, les risques d'infection réduits au minimum.

(1) L'auteur rappelle un cas de *simulation* plutôt anecdotique. Il a été communiqué par Fritsch à qui une femme, une fois l'avortement fait, lui dit en riant qu'elle l'avait trompé.



La femme n'est que peu fatiguée par l'intervention, pour laquelle, en général, on peut se passer de la narcose et de l'anesthésie lombaire. L'œuf, membranes et contenu, est-il enlevé en entier, les vomissements cessent immédiatement, et la même femme, qui, durant des semaines, vomissait tout ce qu'elle prenait, peut, déjà, dès le soir même, faire avec appétit un repas substantiel. R. L.

Du décollement du placenta (Ueber Placentarlosung). HOFMEIER, *Berlin. klin. Wochensch.*, 1907, n° 12, p. 329.

Dans cette leçon très complète de pratique, le professeur Hofmeier rapporte d'abord à Ahlfeld le mérite d'avoir, par ses contributions réitérées, réussi à faire renoncer, au moins en général, à la méthode de Crédé (deuxième manière) de *délivrance par expression immédiatement après la naissance de l'enfant*, d'avoir rappelé que, *comme l'accouchement, la délivrance doit rester un acte naturel*, qu'il n'est sage d'intervenir que quand la nature reste en défaut; mais, d'autre part, il faut que le praticien connaisse bien les signes cliniques qui indiquent que le décollement du placenta se fait ou est effectué (arrière-douleurs, écoulement sanguin, léger redressement de l'utérus avec réduction et durcissement, progression graduelle du cordon) Durant la demi-heure qui suit la naissance de l'enfant, expectation, tout en surveillant très soigneusement la situation du fond de l'utérus. L'irrégularité la plus ordinaire du processus naturel de la délivrance consiste dans le décollement du bord inférieur du placenta avec, comme complication, production d'une hémorragie plus ou moins considérable. Quand la perte de sang dépasse certaines limites, et un bon moyen de bien l'apprécier consiste à placer sous le siège de la femme un bassin très propre (1), il faut bien entendre intervenir — auquel cas, le plus souvent, l'expression à la Crédé réussit. Quand la perte est trop considérable, il ne faut plus hésiter. Maintes fois, on sera forcé d'aller chercher l'arrière-faix *in utero*. Mais comme l'introduction de la main dans la matrice constitue toujours une intervention importante à cause surtout des risques d'infection, Hofmeier rappelle qu'on devrait, avant de s'y résoudre, faire, *sous narcose*, une nouvelle tentative d'expression, cette manœuvre pouvant être, alors, particulièrement chez les femmes à parois abdominales épaisses, chez les nerveuses, plus efficacement exécutée. Cette dernière tentative ayant échoué, il ne reste plus qu'à procéder à l'extraction manuelle du délivre, manœuvre dont l'exécution doit être naturellement entourée de toutes les précautions d'antisepsie et d'asepsie qu'exige une opération dans laquelle la main de l'opérateur, après avoir traversé la vulve et le canal vaginal, qui renferment des germes, vient en contact avec la large plaie absorbante de l'utérus. Bien qu'une désinfection réelle des parties génitales externes et du vagin ne puisse être aussi complètement obtenue qu'en d'autres parties du corps, tou-

(1) A la clinique de Wurtzbourg, on pose en principe qu'il faut s'efforcer qu'une parturiente ne perde jamais plus d'un litre de sang.



tefois un savonnage minutieux suivi d'un lavage soit au lysol ou au lysoforme peut amener une garantie sérieuse contre une importation de germes de cette zone dans l'utérus. *Il faut rejeter les solutions de sublimé pour ces désinfections, parce qu'elles peuvent être dangereuses par résorption et qu'elles sont susceptibles de compromettre l'intégrité de la muqueuse vaginale.* D'autre part, l'accoucheur ne devrait pratiquer cette opération qu'avec *gants de caoutchouc stérilisés*, gants de caoutchouc qui, d'ailleurs, devraient absolument faire partie du nécessaire de l'accoucheur.

« Les résultats que nous avons obtenus en opérant d'après ces principes, écrit Hofmeier, sont extrêmement satisfaisants, en ce sens qu'*aucune des parturientes chez lesquelles il fallut ainsi intervenir*, pourvu qu'elles ne fussent sous le coup d'aucune autre complication grave, *n'est morte ou même n'a pas été sérieusement malade.* Sur un total de 9.000 accouchements, il a fallu intervenir en tout 67 fois, soit 0,78 p. 100. De ces 67 femmes, 6 sont mortes (1 par embolie au 27ᵉ jour; 1 par putréfaction de l'utérus déjà commencée avant l'accouchement; 1 d'éclampsie, 1 des suites d'une lésion de l'utérus produite *sub partu*; la 5ᵉ d'anémie (pl. prævia); enfin, la 6ᵉ, au 35ᵉ jour, des suites de couches, par thrombo-phlébite avec métastase, alors que déjà, *sub partu*, des masses grumeleuses, fétides, mêlées de bulles gazeuses, s'étaient échappées par la vulve. (Sauf le dernier fait, on voit qu'aucune des autres morts ne fut en relation directe avec l'intervention.) Presque toutes ces interventions furent faites sans gants de caoutchouc.) Dans la plupart des cas, la cause de la non-délivrance naturelle tiendra peut-être seulement au siège anormal du délivre dans une corne utérine, à une atonie de la paroi utérine, etc., et la main de l'accoucheur pourra trouver un arrière-faix très facilement décollable de la paroi utérine. « Mais, dans d'autres cas, il s'agira sûrement d'adhérences anormales, très solides, partielles ou complètes avec la paroi utérine, causées soit par une atrophie complète de la caduque basale, soit par la pénétration des villosités dans la substance musculaire de l'utérus. Anomalies qui peut-être tiennent à une implantation défectueuse, primitive de l'œuf; *ce sont précisément les cas graves et extrêmement dangereux, pour lesquels chez la même femme, et dans les accouchements successifs, les délivrances manuelles doivent se répéter* (1). » Quand on a pratiqué de ces délivrances si laborieuses, il ne faut pas oublier, si l'on croit à la nécessité d'irriguer l'utérus en dépit de la désinfection antérieure très soigneusement faite, les risques de résorption. Aussi emploiera-t-on des solutions antiseptiques faibles ou même indifférentes (1).

Comment se conduire dans certains cas douteux; on ne sait pas s'il y a ou non

(1) Au cours de cette leçon, à plusieurs reprises, le professeur Hofmeier fait allusion aux ennuis, aux poursuites même dont peuvent avoir à souffrir sages-femmes, médecins, en cas de mort par infection puerpérale dans ces cas. On peut : 1° reprocher d'avoir trop vite recouru à la délivrance manuelle, et c'est en partie pour cela qu'il convient de tenter avant, *sous narcose*, encore une fois l'expression à la Crédé ; 2° d'avoir laissé *in utero* des portions de l'arrière-faix, et Hofmeier tient à formellement déclarer qu'en nombre de cas personne ne peut affirmer qu'il reste ou non du placenta dans l'utérus.



du placenta *in utero*. Y a-t-il hémorragie, indiscutablement il faut procéder à une inspection intra-utérine manuelle. Mais il n'y a pas hémorragie ? Alors, si la femme peut être soumise à une surveillance attentive, constante, pas de nécessité à une intervention immédiate. Dans le cas contraire, l'exploration intra-utérine, avec les conséquences thérapeutiques des résultats qu'elle a donnés, s'impose.

L'auteur examine ensuite la question de la *conduite à tenir*, qui a été jugée diversement, *quand il y a rétention soit de portions ou de la totalité du chorion*?... « En principe, écrit-il, nous n'avons jamais rien fait de plus que de faciliter, par l'administration répétée de seigle ergoté, l'expulsion des membranes et, par des injections vaginales faiblement antiseptiques, de débarrasser le vagin des sécrétions utérines, afin de prévenir des stagnations et des fermentations. Sur un total de 6.200 accouchements, il y a eu rétention partielle ou totale du chorion 56 fois : 43 fois les suites de couches furent complètement régulières, 13 fois il y eut élévation de la température. Mais *aucun des cas* ne fut suivi d'une maladie puerpérale notable. Presque toujours, élévation thermique à peine au-dessus de 38°, un jour ou deux seulement. Jamais il ne fallut procéder à une interventiou intra-utérine : à peine eut-on à extraire des lambeaux qui sortaient par le vagin. *Et l'auteur pense qu'il y a peut-être lieu de rapporter, au moins en partie, l'excellence de ces résultats au nettoyage minutieux que l'on fait systématiquement chez toute parturiente des organes génitaux externes et du vagin.* »

En terminant, le professeur Hofmeier envisage cette éventualité : *les phénomènes physiologiques de la délivrance ne se montrent pas, mais il n'y a pas hémorragie*, pas d'indication à une intervention immédiate. Combien de temps convient-il d'attendre ? A son avis, il convient de ne pas tarder au delà de 3 à 4 heures, et il ajoute que, dans ces cas où rien n'oblige à se hâter, il est plus que jamais indiqué de prendre les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

R. L.

---

(1) J'ai eu moi-même, à deux reprises, mars 1903 et avril 1906, *chez la même femme*, à pratiquer cette désinsertion parcellaire du délivre, pénible, laborieuse, où par instant on est forcé de s'arrêter, par peur de produire des perforations complètes du tissu utérin, désincrustation de noyaux qui par endroits semblent reliés comme par des liens, par de véritables cordes, à la musculeuse utérine, et qui, en dépit de l'application la plus patiente et la plus attentive, ne me paraît pas pouvoir, sous peine de déchirure, aboutir à une délivrance complète. La première fois, la femme qui était primipare, était assistée par une sage-femme ; je fus appelé parce que la délivrance ne se faisait pas et qu'il y avait hémorragie très abondante. De suite, à mon arrivée, je trouvai une femme absolument décolorée et présentant tous les symptômes des grandes hémorragies. Les suites de couches furent absolument régulières, apyrétiques. Mais la convalescence fut longue et très longtemps la femme garda la pâleur des grandes anémiques. Au second accouchement auquel j'assistai, je surveillai de très près la délivrance et intervins *à temps*; la perte de sang fut minime. Toutefois, en dépit des précautions prises, il y eut de la fétidité des lochies, quelques faibles élévations thermiques ; mais, cette fois, la convalescence fut rapide. Je ne me servis pas, pour la délivrance, de gants de caoutchouc, et, *à priori*, il me semble qu'ils ne permettraient guère le travail de désincrustation nécessaire. R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Barrett. A Surgeon's Criticism of Gynecology. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 22. — **Boise**. The Nature of Shock. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 1. — **Ferguson**. A pair of forceps in the abdominal cavity for ten a. half years. *British. m. J.*, février 1907, p. 313. — **Hartog**. Wann soll man Cœliotomierte aufstehen lassen ? *Berlin. klin. Woch.*, janvier 1907, p. 15. — **Holmes**. Bloody methods of rapid dilatation. *Surgery Gyn. and Obst.*, décembre 1906, p. 777. — **Just Lucas-Championnière**. A propos de la greffe ovarienne· *Journ. de méd. et de chir. prat. de Paris*, 25 janvier 1907, p. 49. — **Kehrer**. Physiologische und pharmokologische Untersuchungen an den uberlebenden und lebenden inneren Genitalien. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 1, p. 160. — **Marshall**. The Nature of the Ovarian Influence upon the Uterus, as illustrated by the Effects of Excision and Grafting of Ovaries. *Edinb. m. J.*, mars 1907, p. 218. — **Mauclaire**. Les tuberculoses génitales chez la femme. *Le Concours méd.*, 1906, n° 2, p. 20. — **Morison**. Major abdominal a. pelvic operations : a record of work from the old royal infirmary. *Edinb. m. J.*, février 1907, p. 134. — **Morton**. The Claim of the surgeon to conduct the after-treatment of operation cases : with some remarks on position, and flatulent distension after abdominal operation. *British. med. J.*, février 1907, p. 303. — **Noble**. The inmediate results of conservative operative measures of the tubes a. ovaries. *Am. J. of Obst.*, février 1907, p. 190. — **Offergeld**. Schützt die Anwendung der « Darmmethode » bei tubarer Sterilisation vor Rezidiven? Experimentale Beiträge zur Sterilisation der Frau. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. LIX, Hft. 1, p. 56. — **Pichevin**. Influence de l'état des émonctoires dans les suites opératoires. *Sem. gyn.*, 5 fév. 1907. — **Pichevin**. Fausse hémorragie interne post-opératoire. *La Semaine gynécologique*, Paris, 28 janvier 1907, p. 33. — **Pierce**. Abdominal Sinuses. *Am. J. of Obst.*, février 1907, p. 151. — **Poncet** et **Delore**. Recherches expérimentales sur l'entrée de l'air dans les veines du bassin. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 491. — **Regnault**. La gynécologie dans l'iconographie antique. *Revue de gynéc. et de chirurg. abdom.*, 1907, n° 1, p. 25. — **Reverdin**. Souvenirs gynécologiques. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 419. — **Soulié**. Orthopédie abdomino-pelvienne. *Arch. prov. de chirurgie*, janv. 1907. — **Taylor**. Two cases in which enlarged wandering spleens simulated pelvic neoplasms. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, Feb. 1905, p. 116. — **Tussenbroek (C.)**. Zur Kasuistik der Hypoplasien des weiblichen Genitalapparates. *Gyn. Rundschau*, 1907, Hft. 2, p. 75. — **Ulesko Strogrnowa**. Epith. Gewebes in dem Genitalapparate der Weiber. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Feb. 1907, p. 166. — **Vander**. Preservation of the Vault of the vagina in pelvic operationes. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 59. — **Van Meter**. Stamping out hereditary Diseases by Sterilizing the Sexes. *Am. J. of Surg.*, 1907, n° 1, p. 18. — **Varaldo**. L'appendicite in rapporto ad alcune affezioni dell'apparato sessuale della donna. *La Clinica ostetrica*, février 1907, p. 78.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Laurendeau**. La scopolamine : son emploi en obstétrique et en chirurgie. *Union méd. du Canada*, 1907, n° 1, p. 17. — **Penkert**. Zur Technik der Lumbalanesthesie mit Morphin-Skopolamin. Dammerschlaf für die Bauchchirurgie und Gynæk. Laparotomies. *Münch. med. Woch.*, janvier 1907, p. 165. — **Prüsmann**. Uterushaltezange. *Münch. med. Woch.*, 2 octobre 1906. — **Thiriar**. La méthode oxygénée en gynécologie. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 445.

VULVE ET VAGIN. — **Bandler**. Anterior vaginal Celiotomy. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 34. — **Beule (de)**. Kyste volumineux du vagin. *J. de chirurgie*. Bruxelles, mars 1907. — **Byford**. Vaginal sectio ist an operation of Choice. *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1907, n° 3, p. 257. — **Clarke**. Some Observations a. Experiences respecting the Symptoms a. Treatment of Atresia vaginœ. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 68. — **Cohn**

Para-urethral Gonorrhea. *Deut. med. Woch.*, 3 janvier 1907. — **Deletrez**. Hématocolpos. avec hématomètre. *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1906-1907, n° 4, p. 76. — **Legueu**. Cancer du vagin guéri depuis dix ans. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Paris*, 19 février 1907, p. 187. — **Moran**. A study of vaginal cœsarean section. *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1907, n° 3, p. 337. — **Scharpe**. Foreign bodies within the vagina. *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1907, n° 3, p. 276. — **Schumann**. Fibroid tumors of the vulva. *Am. Journ. of med. sciences*, mars 1907. — **Serafini**. Un caso di elefantiasi vulvare. *Annali di Ost. e Ginec.*, janvier 1907, p. 22.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Cannady**. A Discussion on Perineal Tears. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 78. — **Dührssen**. Ueber operative Hebung von Prolapsen der Vagina u. des Uterus. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 2, p. 57. — **Duvergey**. Un procédé nouveau de colpo-périnéorraphie. — *La Presse méd.*, Paris, 29 décembre 1906, p. 841. — **Jonnesco**. Hyst. abd. totale pour prolapsus total de l'utérus. *Soc. chir. Bucarest*, avril-mai 1906. — **Küss**. A propos du procédé de Baldy et du nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. *La Gynécologie*, octobre 1906, p. 415. — **Lapeyre**. De l'hystéropexie abdominale pratiquée dans un but de conservation lors de lésions opératoires de l'utérus au cours de l'ablation de tumeurs annexielles unilatérales ou de la myomectomie. *La Gaz. méd. du Centre*, mars 1907, p. 33. — **Lanphear**. Transplantation of the round ligaments through a median incision, the best operation for retroversion. *Am J. of Surgery*, février 1907, p. 51. — **Martin**. A review of some of the recent operations for prolapsus with a description of a new one. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, février 1907, p. 164. — **Mendes de Léon**. Un cas d'inversion utérine non puerpérale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 481. — **Petit**. Une technique de la colpo-périnéorraphie. *Le Concours méd.*, 1906, n° 42, p. 753. — **Schauta**. Ueber die extraperitoneale Interposition des Uterus bei Prolaps. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 4, p. 145.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Gallatia**. Ein Fall lokaler Tuberkulose des Uterus, der Adnexe und des Peritoneums mit tödlichen Ausgang im Wochenbette. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 4, p. 150. — **Legrand**. La métrorrhagie par lésions syphilitiques de l'utérus. *La Semaine médicale*, Paris, 20 février 1907, p. 89. — **Pinard**. Stérilité, ce que la médecine doit savoir et faire pour la traiter. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 387. — **Solowij**. Sklerose der Arterien der Gebärmutter als Ursache von unstillbaren Blutungen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, März 1907, p. 291. — **Young**. Primary tuberculosis of the Cervix uteri. *Obst. a. Gyn. of Brit. Emp.*, 1907, n° 1, p. 8.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Ahern**. Chorio-épithéliome. *Bull. méd. de Québec*, juillet 1906, p. 477. — **Albertin et Jambon**. Rapports réciproques des épithéliomes de l'utérus et de l'ovaire. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 6, p. 971. — **Archambeau**. Tuberculose d'un adénomyome de l'utérus. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1907, n° 1, p. 3. — **Basso**. Hist. Unters. an ein. Fällen von Uterussarcom. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, März 1907, p. 365. — **Bœckel**. De l'hystérectomie abdominale totale et sub-totale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 397. — **Balacesco**. Hystérectomie abdominale totale avec l'évidement pelvien pour un cancer du col utérin. *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Bucarest*, avril 1906, p. 50. — **Bégouin**. Pyométrie et cancer du col. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, mars 1907, p. 127. — **Bovée**. Hysterectomy a. removal of the body of the Uterus. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, 1907, n° 3, p. 269. — **Campbell**. Removal of the Pregnant Uterus on account of uterine fibroids complicated by a large fibroid of the round Ligament adherent in the poach of Douglas, 1907, n° 1, p. 43. — **Clarke**. Intraperitoneal Bleeding from a uterine Fibroid with acute distension of the Abdomen ; Abdominal Section ; Removal of the Fibroid ; Recovery. *The Lancet*, janvier 1907, p. 8. — **Cobb**. Report of a Case of Cancer of the Uterus alive and well six years after panhysterectomy. Five years after the hysterectomy symptoms of gastric cancer by hernia of the stomach with abdominal adhesions. Operation, recovery *The Boston med. et Surg. J.*, janvier 1907, p. 36. — **Coffey**. Amputation of the cervix with the aid of an intrauterine tenaculum. *Surg. gyn. and obst.*, décembre 1906, p. 804. — **Costa**. La vie di diffusione del cancro dell'utero. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 12, p. 529. — **D'Erchia**. Di alcune osservazione sulla genesi e struttura della mola vescicolare e del corioepitelioma maligno. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 6, p. 348. — **Donald (A.)**. Chronic septic infection of the uterus and its appendages. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, février 1907, p. 113. — **Faure**. Une hystérectomie abdominale en 1906. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 565. — **Gauthier**. Présentation d'un utérus didelphe opéré par l'hystérectomie abdominale totale. *Bull. et Mém. de la Société anat. de Paris*, n° 8, octobre 1906, p. 570. — **Giles**. Some observations on uterine fibroids based on a

series of 150 consecutive cases treated by abdominal operation. *The Lancet*, mars 1907, p. 574. — **Giles**. Some observations on uterine fibroids based on a series of 160 consecutive cases treated by abdominal operation. *The Lancet*, mars 1907, p. 653. — **Godart**. Traitement du cancer du col utérin. *La Polyclinique*, janvier 1907, p. 1. — **Holmes**. On the Cancer of acute Illness supervening during menstruation. *British med. J.*, janvier 1907, p. 190. — **John Sampson**. The various types of carcinoma cervicis uteri. *Bulletin of the Johns Hopkins hospital Baltimore*, janvier 1907, p. 12. — **Jordan**. Notes on the Treatment of Myoma of the Uterus. *British med. J.*, janvier 1907, p. 187. — **Klinge**. Chorioepithelioma, Mitteilung eines Falles. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, März 1907, p. 339. — **Macdonald**. Intractable uterine hemorrhage a. arterio-sclerosis of the uterine vessels. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, février 1907, p. 152. — **Mangin**. La lutte contre le cancer de l'utérus. *La Gynécologie*, octobre 1907, p. 385. — **Monod**. Volumineux fibrome calcifié de l'utérus. *Bull. et Mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 5 février 1907, p. 140. — **Monprofit**. Sur la myomectomie abdominale. *Rev de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 517. — **Morison**. Fibroids of uterine Cervix. *The Lancet*, février 1907, p. 354. — **Petit (P.)**. De la conduite à tenir en cas de fibrome utérin compliqué d'anémie grave. *Concours méd.*, février 1907, p. 219. — **Pichevin**. A propos du cancer utérin. *Sem. gyn.*, 12 février 1907. — **Pichevin**. Hystérectomie vaginale pour cancer utérin. *La Semaine gynécologique*, Paris, 12 mars 1907, p. 81. — **Rouville** et **Martin**. La mort des fibromyomes de l'utérus. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 14 août 1906, p. 2069. — **Schauenstein**. Ein Beitrag zur Lehre der von der Schleimhaut Oberflache der Uterushole ausgehenden Karzinome. *Gynækol. Rundschau*, 1907, Hft. 5, p. 193; 239. — **Shau**. The pathologie of chronic metritis. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, février 1907, p. 174. — **Shauenstein**. Ein Fall einer primaren Plattenepithelkarzinoms der Zervix mit flächenhafter Ausbreitung auf der Schleimhaut-Oberflache des Corpus Uteri und unizentrischem Wachstum. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 1, p. 17. — **Schütze**. Beitrag zur Kenntniss der diffuse Adenome in Myometrium. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 1. p. 16. — **Wertheim**. The radical abdominal operation in carcinoma of the cervix uteri. *Surger., Gyn. and Obst.*, janvier 1907, p. 1.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Autefage** et **Decherf**. Salpingite tuberculeuse chez une jeune fille de 16 ans et demi. Ablation de l'utérus et des annexes; guérison. *Bull. et Mém. Soc. méd. du Nord*, t. II, n° 12, p. 127. — **Boyen-Young**. An Analysis of twenty one Cases of pelvic Abscess treated by vaginal Section. *The Boston med. a. Surg. J.*, janvier 1907, p. 76. — **Bybee**. Tuberculous peritonitis in the female. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, février 1907, p. 199. — **Chaput**. Contribution à l'étude de la source des hématosalpinx compliquant les atrésies vaginales congénitales. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 6, p. 963. — **Esch**. Ein Beitrag zur operativen Behandlung chronich. entzündlicher Adnex erkrankungen durch ventrale Laparotomie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1907, Bd. LIX, Hft. 1, p. 1. — **Füth**. Pseudokarz. Infiltration der Darmwand bei entzundlichen Adnexerkrankungen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, März 1907, p. 389. — **Fromme**. Ueber Adhäsionsbildung in der Bauchhöhle. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 2, p. 313. — **Krug**. Do present results justify partial removal of the uterine appendages when operating for inflammatory diseases. *Am. J. of Obst.*, février 1907, p. 20?. — **Lea**. Three Cases of chronic tuberculosis of the Fallopian tube. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1907, n° 1, p. 32. — **Luez**. Tuberculosis of the female pelvic organs. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1907, n° 1, p. 1. — **Martin**. Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit. *Gazette de gynécologie*, janvier 1907, p. 18. — **Pichevin**. De la paramétrite. *Sem. gyn.*, 14 août 1906. — **Pichevin**. Hydrosalpinx. *Sem. gyn.*, 8 janvier 1907. — **Ricci**. Trattamento medico delle salpingo-ovariti. *Archivio italiano di Ginec.*, décembre 1907, p. 289. — **Varaldo**. L'appendicite in rapporto ad alcuni affezioni dell'apparato sessuale della donna. *La Clinica ostetrica*, février 1907, p. 49.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS ; OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Brownlee**. Colossal dermoide cyst of ovary. *Annales of Surgery*, January 1907. — **Cuthbert Lockyer**. Lutein cysts in assoc. with vesicular mole and chorio-epithelioma. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, Feb. 1905, p. 77. — **Franz**. Ueber die Einpflanzung des Harnleiters in die Blase. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 1, p. 43. — **Goullioud**. Tuméfaction kystique des ovaires dans la môle hydatiforme. *Rev. de gynéc. et de chirurg. abdom.*, 1907, n° 1, p. 17. — **Hamonic**. Kyste para-ovarique à évolution rapide. *Rev. clin. d'androl. et de gyn.*, janvier 1907, p. 5. — **Hannet**. Retroperit. Geschwülsten. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Feb. 1907, p. 161. — **Jonnesco**. Hyst. abd. totale pour kyste dermoïde de l'ovaire. *Soc. chir. Bucarest*, avril-mai 1906. — **Martin**. Kyste de l'ovaire et grossesse. *Arch. prov. de chirurgie*, fév. 1907.

ORGANES URINAIRES. — **Forgue.** De l'opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-utéro-vaginales. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 503. — **Hamonic.** Les rétrécissements de l'urèthre chez la femme. *Rev. clinique d'androl. et de gynéc.*, février 1907, p. 33. — **Keiffer.** Polype circulaire de l'urèthre. *Bull. soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1906-1907, n° 3, p. 50. — **Legueu.** Des rétentions rénales à la suite de l'hystérectomie vaginale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 547. — **Mouchet.** Deux cas de fistules urétérales après hystérectomie. *La Gynécologie*, 1906, p. 406. — **Mursell.** Traumatic recto-vesical fistula. *British med. J.*, janvier 1907, p. 126. — **Patou.** Transplantation of the Ureter into the Bladder for uretero-vaginal Fistula. *British med. J.*, janvier 1907, p. 125. — **Reed.** A new technique for the fixation of floating kidney, with special reference to the utilisation of Longyear's Ligament. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 27. — **Wagner.** Blasenstein als Geburtshindernis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 2, p. 338.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Auliffe.** Grossesse extra-utérine : kyste fœtal, laparotomie et ablation de ce kyste après une nouvelle grossesse menée à terme. *Gazette des hôpitaux*, février 1907, p. 288. — **Barnsby.** Traitement chirurgical des grossesses extra-utérines avancées avec mort du fœtus, etc. *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 535. — **Brandeis.** Rétention fœtale extra-utérine datant de 21 ans ; examen histologique du fœtus. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, janvier 1907, p. 42. — **Cameron.** Some pathological Considerations of extra-uterine Pregnancy. *The Lancet*, décembre 1906, p. 1775. — **Duret.** Deux cas de grossesse extra-utérine intra-ligamentaire opérés avec succès. *Sem. gyn.*, 14 août 1906. — **Lop.** Grossesse tubaire rompue avec hématocèle limitée. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Paris, janvier 1907, p. 57. — **Pichevin.** Rupture d'une grossesse tubaire. Hématocèle intra-ligamentaire et sous-péritonéale. *Sem. gyn.*, 15 janvier; 19 février 1907. — **Pichevin.** — Doit-on toujours opérer la grossesse tubaire. *Sem. gyn.*, 22 janvier 1907.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Andrews.** Surgery of the Abdomen. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, février 1907, p. 215. — **Hildebrand.** Ueber Bauchcontusionen. *Berliner klinische Wochensch.*, 1907, n° 1, p. 4. — **Kahlke.** Rupture of the Abdominal Wall. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, février 1907, p. 143. — **Martin.** Une statistique de laparotomies pour affections utéro-annexielles en 1905. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1906, n° 3, p. 527. — **Swain.** A thousand consecutive Cases of abdominal Surgery. *British med. J.*, février 1907, p. 399. — **Wochsberg.** Zur Verhutung des Zurucklassens von Kompressen in der Bauchhöhle. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 12, p. 336.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Heil.** Zur Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 1, p. 95. — **Hofmeier.** Ueber Placentarlosung. *Berlin klin. Wochensch.*, 1907, n° 12, p. 329. — **La Torre.** Del processo intimo dell'emostasi uterina post-partum. *La Clinica ostetrica*, février 1907, p. 58. — **Reder.** Difficulty encountered with fetal arms in a breech labor. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 89.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Calzolari.** Per lo studio della placenta diffusa. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 6, p. 329, 342. — **Cappellani.** Ricerca della spirochete pallida nella placenta sifilitica. *Archivio di Ginec.*, 1906, n° 6, p. 321. — **Fellner.** Ueber periphere Langhanszellen. Zugleich eine Erwiderung auf den Aufsatzvon R. Meyer : zur Kenntniss der benignen Chorioepithelialen Zelleninvasion. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 1, p. 63. — **Mahn.** Die Veranderungen an Placenta, Nabelschnur und Eihauten bei syphilis und ihre Beziehungen zur Spirochœte pallida. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 2, p. 263. — **Maurer.** Einfluss des Chinins auf die Wehentätigkeit des Uterus. *Deuts. med. Woch.*, 31 janv. 1907. — **Marocco.** Supra gli ultimi casi di puerperalizzazione artificiale della matrice. *Archivio italiano di ginecol.*, décemb. 1906, p. 249. — **Meyer.** Ueber Decidua und Chorionzellen. Kurze Bemerkung zur vorstehendem Aufsatze Fellners. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 1, p. 72. — **Meyer.** Beitrag zur Kenntnis der Gartnerschen Ganges beim Menschen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. LIX, Hft. 2, p. 234. — **Rielander.** Kohlensaüregehalt der Blutes in der Nabelschnurvene. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Feb. 1907, p. 182. — **Treub.** Le mécanisme de l'inversion utérine. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1906, n° 2, p. 467.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Bossi.** Die verzogerte Schwangerschaft

und ihre Indikationen. *Gynœk. Rundschau,* 1907, Hft. 1, p. 30. — **Clemm.** ZurPflege der Bauchdecken in der Schwangerschaft und nach der Geburt. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 3, p. 74. — **Heil.** Physiologie, Diätetik u. Pathologie der Wochenhettes. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft 2, p. 88. — **Thorn.** Die Amenorrhäe der Stillenden. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 1, p. 2.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Boquel.** Conduite à tenir dans le cas de grossesse multiple et particulièrement dans le cas de grossesse triple. *Arch. méd. d'Angers*, 1907, n° 1, p. 1. — **Pillez.** Monoamniotische Zwillinge mit Verschlingung und Vernknotung der Nabelschnurre. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 2, p. 38.

DYSTOCIE. — **Bates.** Maternal dystocia from « right posterior ilium » producent persistent R. O. P. position. *Am. J. of Obst.*, février 1907, p. 206. — **Coston.** A case of complete longitudinal vaginal septum obstructing Labor. *Am. J. of Obst.*, février 1907, p. 188. — **Devraigne.** Des bassins rachitiques. *Méd. prat.*, 15 janvier 1907. — **Fieux.** Les bassins asymétriques dans la pratique obstétricale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, mars 1907, p. 148. — **Ray.** Case of obstructed Labour due to osteo-sarcoma of pelvis. *British med. J.*, janvier 1907, p. 191.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Berkeley.** Tubal Gestation. *J. Obst. and Gyn. o, Brit. Empire*, fév. 1905, p. 77. — **Brin.** Hémorragies abdominales au cours de la grossesse extra-utérine. *Arch. méd. d'Angers*, 1907, n° 6, p. 153. — **Cyrille Jeannin.** Grossesse gémellaire monoamniotique. *La Presse médicale*, Paris, mercredi 10 octobre 1906, p. 645. — **Fellner.** Anatomie, Ætiologie u. Therapie der Extrauteringravidität. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 2, p. 91. — **Hains** und **Lederer.** Rupturierte Extrauterin Schwangerschaft mit freiem Bluterguss in die Bauchhöhle. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Feb. 1907, p. 207. — **Heineck.** The terminations a. the treatment of extra-uterine pregnancy. *Obst. a. Gyn. of British Emp.*, 1907, p. 171. — **Henrotay.** Récidive de grossesse ectopique. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1906-07, n° 3, p. 51. — **Hepp.** Un cas de grossesse extra-utérine bilatérale. *Bulletin de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris*, janvier 1907, n° 1, p. 25. — **Kuppenheim.** Wiederholte ektopische Schwangerschaften. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 1, p. 211. — **Phillipes.** A case of repeated extra-uterine Pregnancy, with an estimate of the age of the fœtus in the more recent pregnancy from the appearances in an X-Ray Photograph. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1907, n° 1, p. 39. — **Quackenbos.** Ectopic gestation. *Annals of gyn. a. ped.*, 1907, n° 1, p. 1 ; 73.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Baillet.** Tumeur sacro-coccygienne. *Annales méd.-chirurg.*, 1907, n° 3, p. 25. — **Biedert.** Die weitere Schieksale der von mir unter Kekrer's Leitung unternommenen Untersuchungen über die chemischen Unterschiede der Menschen und Kühmilch. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 1, p. 1. — **Broca.** Organes génitaux externes féminins et testicules dans l'abdomen. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, février 1907, p. 241. — **De Dominicis.** Sulla disvulnerabilità del neonato. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 6, p. 342. — **Héron.** Les clinodactylies latérales congénitales. *Gaz. méd. du Centre*, février 1907, p. 20. — **Lockyer.** On the Mode of Development of uterusbicornis. *Obst. and gyn. of Brit. Emp.*, 1907, n° 1, p. 23. — **Merletti.** Il Sesso degli anencefali. *Annali di ost. e ginec.*, 1906, n° 12, p. 503. — **Orthmann.** Fötale peritonitis und Missbildung. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, März 1907, p. 302. — **Otte.** Ueber Spaltungsmissbildungen am unteren Körperende. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 3, p. 105. — **Pollak.** Eine seltene Form gleichartiger Bildundshceinung des inneren Genitales bei zwei Schwersten. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 6, p. 243. — **Schottlander.** Uterus bicornis (subseptus) unicollis cum vagina subsepta. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 1, p. 221. — **Seefelder.** Zur Prophylaxe der Blennorrhæ der Neugeborenen. *Munch. mediz. Wochensch.*, mars 1907, p. 454. — **Stuhl.** Behandlung der intra partum entstandenen Humerusfracturen. *Deutsche med. Woch.*, 17 janv. 1907. — **Wallart.** Ein Lithopadion bei einer 85 Jahrigen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 2, p. 222.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Blumenthal.** L'accouchement spontané dans les bassins rétrécis à l'aide de l'hébotomie sous-cutanée. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1906-07, n° 3, p. 53. — **Brenner.** Pubiotomie aus der Praxis. *Münch. med. Woch.*, 2 oct. 1906. — **Brown.** Cesarean Section, with report of a case. *Am. J. of Surg.*, février 1907, p. 41. — **Cauvin (de).** Un caso de parto forzado por el metodo de Dührssen. *Revista obstetrica*, Buenos-Ayres, 1907, n° 1, p. 8. — **Cowen.** Cœsarean section in a case of contracted Pelvis with twin pregnancy. *British med. J.*, janvier 1907, p. 189. — **Frank.** Die suprasymphysare Entbindung und ihr Verhaltniss zu den anderen Operationen bei engen Becken. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 1, p. 46. — **Harrisson.** Vaginal Cesarean

Section and its application. *Am. J. of Obst.*, février 1907, p. 173. — **Janvier**. Fibrome utérin ayant nécessité une opération césarienne suivie d'hystérectomie totale. *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1906-07, n° 4, p. 79. — **Janvier**. Hébotomie. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1906-07, n° 4, p. 84. — **Lewis**. The bloodless methods of artificial dilatation of the cervix uteri at full term. *Surg., Gyn. and Obst.*, déc. 1906, p. 756. — **Waldstein**. Ueber die Erweiterung des Beckens nach Pubiotomie. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 1, p. 34; 69.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Albertin** et **Jambon**. Un cas d'infection puerpérale à marche lente traitée par l'hystérectomie abdominale. *Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon*, 1906, n° 8, p. 3. — **Baisch**. Hyperemesis gravidarum. *Berliner klinische Wochensch.*, 1907, n° 11, p. 297. — **Bauer**. Hemiathetose unter der Geburt. *Berlin. klinische Wochensch.*, 1907, n° 5, p. 129. — **Brickner**. The rational treatment of Fever in the puerperium. *Am. J. of Surgery*, mars 1907, p. 71. — **Boquel**. Le traitement de l'hydramnios. *Arch. méd. d'Angers*, mars 1907, p. 121. — **Chavannaz**. Laparotomie pour occlusion intestinale au cours de la grossesse. *Journ. de méd. de Bordeaux*, février 1907, p. 101. — **Cuche**. Albuminurie gravidique et syphilis maritale. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, Paris, 25 janvier 1907, p. 55. — **De Bovis**. De l'auto-intoxication puerpérale au point de vue clinique. *La Semaine méd.*, janvier 1907, p. 3. — **Donath**. Die angebliche ursächliche Bedeutung der Fleischmilchsaure bei Eklampsie der Schwangeren. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1907, n° 9, p. 241. — **Fellner**. Weitere Beiträge zur Frage der Tuberkulose in der Schwangerschaft. *Gynæk. Runschau*, 1907, Hft. 4, p. 152. — **Gache** (**S**.). Cabeza separada del tronco y retenida en la cavita uterina. *Rev. Obstetrica*, janvier 1907, p. 4. — **Gordon**. The Treatment of puerperal Sepsis by active Disinfection of the uterus, with a series of cases. *Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, 1907, n° 1, p. 17. — **Hare**. A case of pyelitis during pregnancy. *Boston med. a. surg. J.*, février 1907, p. 243. — **Hall**. Abortions. *Am. J. of Obst.*, janvier 1907, p. 72. — **Harris**. Criminal abortion. Perforation of the uterus with passage of the fœtus into the abdominal cavity, and prolapse of the intestine, etc. *Boston med. a. surg. J.*, déc. 1906, p. 739. — **Heil**. Ueber Complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Wandermilz. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 1, p. 120. — **Heil**. Zur Saugbehandlung der Mastitis. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 5, p. 203. — **Hofmeier**. Ueber die Berechtigung einer aktiven Richtung in der Geburtshilflichen Therapie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 2, p. 205. – **Hœckel**, Unterbindung der Venæ spermaticæ und hypogastricæ bei puerperaler Pyœmie. *Deutsche med. Wochensch.*, octobre 1906, p. 1637. — **Kehrer**. Die Bedeutung der Ikterus in der Schwangerschaft für Mutter und Kind. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, p. 129. — **Küstner**. Laparatomie bei irrepon. Retrov. und Retrofl. Uteri gravidi. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Feb. 1907, p. 149. — **Meek**. Pyelitis complicating pregnancy. *Am. J. of Obst.*, février 1907, p. 161. — **Mucci**. Sulle cause della permanenza della placenta nella cavita uterina. *La Clinica obstetrica*, mars 1907, p. 97. — **Newalt**. Pyelitis in pregnancy and the puerperium. *Boston med. a. surg. J.*, février 1907, p. 241. — **Page**. Remarks on Post-partum hœmorrhage. *British med. J.*, janvier 1907, p. 185. — **Reed**. Pyelonephritis of pregnancy. *Obst. a. Gyn. of Brit. Emp.*, février 1907, p. 196. — **Riss**. Curettage ou curage digital dans les rétentions placentaires post-abortives. *Revue pratique de gyn., d'obst. et de pédiat.*, 1906, n° 3, p. 82. — **Roland**. Un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. *Le Poitou méd.*, août 1906, p. 169. — **Rousseau**. Tuberculose latente et avortement suivis de troubles utérins gastriques et nerveux. *Le Bulletin méd. de Québec*, novembre 1906, p. 108. — **Ryder**. Temperature occuring during the Puerperium. *Surgery, gyn. and Obst.*, janvier 1907, p. 48. — **Smyth**. Antistreptococcic Serum in puerperal fever; recovery. *British med. J.*, mars 1907, p. 495. — **Souligoux**. Rupture traumatique de l'utérus au 8e mois de la grossesse. *La Gynécologie*, oct. 1906, p. 399. — **Swift**. Pyelitis complicating pregnancy. *Boston med. a. Surg. J.*, février 1907, p. 239. — **Thomson**. Uber puerperale Staphylokokkeninfektion. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 6, p. 242.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Birchmore**. The Hyoscine Sleep in obstetric practice. *Med. Record*, janvier 1907, p. 58. — **Gallant**. A combination of the english a. french obstetric loocks, for the prevention of dangerous compression of the fetal head by forceps. *Am. J. of Surgery*, mars 1907, p. 74. — **Gauss**. Bericht über das erste tausend Geburten im Skopolamin-Dammerschlaf. *Munch. med. Wochensch.*, janvier 1907, p. 153. — **Jeannin**, Emploi de l'écarteur Tarnier. *Presse méd.*, 2 janv. 1907. — **Laurendeau**. La scopolomine, son emploi en chirurgie et en obstétrique. *L'Union méd. du Canada*, février 1907, p. 80. — **Müller**. Der Zugfeste Ballon als geb. Dilatator. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Feb. 1907, p. 152. — **Preller**. Zur Anwendung von Skopolamin-Morphim in der Geburtshülfe. *Münch. med. Wochensch.*, janvier

1907, p. 161. — **Sliassny**. Ein Beitrag zur Prophylaxe u. Therapie der Mastititis. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 1, p. 5. — **Leopold**. Antiseptik in der Geb. *Deuts. med. Woch.*, 14 Feb. 1907.

VARIA. — **Bardeleben**. Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Gerburtshilfe u. Gynœk. *Berlin. klin. Wochensch.*, janvier 1907, p. 20. — **Chambon**. Observation d'un cas de phlébite pseudo-puerpérale. *L'Année médicale de Caen*, 1907, n° 2, p. 26. — **Ferroni**. Ostetricia e scienze biologische. *Annali di Ost. e Ginec.*, janvier 1907, p. 1. — **Pertor**. Achondroplasia : Note of three Cases. *British. med. J.*, juin 1907, p. 11. — **Reynolds**. Primary operations for obstetrical debility. *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1907, n° 3, p. 306. — **Wahlter**. Sollen die Landhebammen mit Gummihandschuhen ausgerustet werden. *Münch. med. Wochensch.*, février 1907, p. 267. — **Watson**. The Influence of an excessive meat Diet on Fertility and Lactation. *British med. J.*, janvier 1907, p. 193. — **Zillissen**. Wie gestaltet sich die Anzeigepflicht für Puerperalfieber nach unseren neuesten Gesetzlichen Bestimungen in Preussen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 1, p. 263.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.



DE LA DÉCORTICATION DU REIN ET DE LA NÉPHROTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DES FORMES GRAVES DE L'ÉCLAMPSIE (1)

Par le docteur **FÉLIX PIÉRI**, chirurgien des hôpitaux de Marseille,
ancien chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

La question de l'intervention chirurgicale dans l'éclampsie est toute d'actualité. Depuis une dizaine d'années, la chirurgie a fait des incursions multiples dans le domaine de la pathologie rénale et essayé de déloger le médecin de positions qui paraissent inexpugnables. Déjà, en 1880, Le Dentu débridait le rein, grâce à une erreur de diagnostic, il est vrai. Tiffany Lane l'imitait six ans plus tard. R. Harrison, en Angleterre, et Pousson, en France, les premiers, opposèrent, de propos délibéré, la néphrotomie aux néphrites aiguës.

Mais ce n'est qu'en 1902 qu'Edebohls (de New-York) étendit les indications de la décortication rénale à l'éclampsie. Cette application resta isolée et, chez nous, c'est seulement en 1906 que Pousson eut l'occasion de traiter une éclamptique par la décortication et la néphrotomie. La relation de ce cas et les réflexions qui s'y rattachent firent l'objet d'un rapport de Pinard à l'Académie de médecine.

Si nos recherches bibliographiques sont exactes, les six observations que nous avons pu réunir résument la littérature de l'intervention chirurgicale dans l'éclampsie. De ces six observations, trois appartiennent à Edebohls, une à MM. Pousson et Chambrelent, l'autre à Polano.

A ces cinq observations nous en ajouterons une personnelle. C'est sur ce nombre restreint de faits que nous avons dû baser notre rapport et pour sa rédaction nous avons fait de larges emprunts au savant mémoire de Pousson.

Après une courte étude sur *l'anatomie pathologique* du rein éclamptique, nous montrerons le *mode d'action* de la décortication et de la néphrotomie, ainsi que les conceptions physio-pathologiques sur les-

---

(1) Rapport présenté au Congrès national de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, 5ᵉ session, Alger, 1ᵉʳ au 6 avril 1907.

quelles elles reposent. Puis, après avoir relaté *les observations* jusqu'ici connues, nous étudierons la *valeur thérapeutique* de ce mode de traitement. La *technique opératoire* formera un paragraphe distinct; jusqu'ici, en effet, celle de la décortication ne figure dans aucun traité classique. Nous terminerons enfin par *les indications* et *les conclusions* qui semblent ressortir, à l'heure actuelle, des constatations anatomo-cliniques.

I. — Considérations sur l'anatomie pathologique du rein éclamptique.

Nombreuses ont été les théories émises touchant la pathogénie de l'éclampsie; après les travaux de Bouchard, Auvard et Rivière, Bouffe de Saint-Blaise, Massen, le plaidoyer de Pinard à l'Académie de médecine a entraîné les convictions et on s'arrête aujourd'hui à l'idée d'une auto-intoxication, d'une toxémie liée à la grossesse. Si la nature et l'origine du poison restent encore à l'étude, les recherches anatomo-pathologiques ont permis de saisir certaines des lésions somatiques de l'éclampsie.

Lésions des reins, lésions du foie sont les deux plus constantes et plus importantes. Les premières seules nous occuperont ici. Disons seulement, d'une façon générale, que la détermination éclamptique sur les divers organes (foie, reins, poumons, cerveau, rate) est, au début surtout, d'ordre congestif.

Les lésions du rein trouvées à l'autopsie de femmes éclamptiques varient selon les auteurs qui les ont observées: les uns notent des lésions manifestes, d'autres, au contraire, ne voient que de la congestion à des degrés divers.

Frerichs constate des lésions allant de l'hyperémie et de l'exsudation commençante à la dégénérescence graisseuse. Pour Olshausen, il y a, dans la pluralité des cas, des lésions de néphrite aiguë, parfois un mélange de lésions récentes et anciennes. Bouffe de Saint-Blaise, dans sa thèse désormais classique, affirme la constance des lésions.

Le plus souvent c'est le type de la néphrite parenchymateuse aiguë qui est réalisé. Reins volumineux, rouges bruns, à substance corticale hypertrophiée, tantôt grisâtre avec traînées hémorragiques, tantôt congestionnée, hortensia. L'examen microscopique montre: dans les glomérules, de la congestion des anses capillaires, de la diapédèse leucocytaire, des altérations de la capsule de Bowman. Les cellules des tubuli

ont perdu leur striation, sont granuleuses. Les tubes collecteurs sont encombrés par des fragments épithéliaux et de la substance colloïdale. Quant au stroma interstitiel, il est le siège d'une infiltration péritubulaire et glomérulaire.

Voilà ce qu'ont observé certains auteurs :

Que penser lorsque d'autres affirment n'avoir rien trouvé, lorsque Brault voit des lésions si peu accusées qu'il refuse au rein toute participation dans la genèse de l'éclampsie !

Irons-nous jusqu'à dire, avec certains auteurs, que les lésions observées doivent être mises sur le compte d'altérations cadavériques? L'observation de MM. Pousson et Chambrelent est là pour leur répondre. Ces auteurs, au cours d'une décortication sur une éclamptique, ont prélevé un fragment de rein dont l'examen histologique a révélé des lésions nettes de néphrite aiguë.

La cause de ces variations morphologiques réside peut-être dans l'intensité, la durée, la localisation ou la généralisation de l'intoxication : ainsi s'expliqueraient les divergences marquées entre observateurs dont la bonne foi et la compétence ne sauraient être contestées.

En effet, dans l'éclampsie, tout est fonction de l'intoxication, et celle-ci peut présenter des modalités dans son expression symptomatique et ses déterminations anatomiques, au point qu'à côté d'une forme généralisée hypertoxique d'emblée, on ait pu décrire des formes hépatiques et des formes rénales. Dans les deux premières, par exemple, la lésion du rein peut fort bien n'occuper que le second plan.

Mais, à ne considérer que les formes rénales de l'éclampsie, il semble bien que le processus néphritique ne soit pas un. Les lésions microscopiques de la néphrite parenchymateuse avec dégénérescence peuvent représenter le stade ultime, correspondre à une toxémie profonde ou de longue durée. La plupart des examens histologiques n'appartiennent-ils pas à des cas terminés par la mort, c'est-à-dire de gravité excessive ? Pour les cas de moindre intensité, n'est-on pas fondé à admettre une gradation des lésions en rapport avec la dose de toxine agissante ? Les constatations de la néphrite cantharidienne expérimentale autorisent, par analogie, à cette manière de voir. Ne sait-on pas d'autre part, depuis les recherches de Germont, qu'une toxémie même très nocive pourra léser certaines unités rénales et laisser les autres indemnes. Lésions superficielles d'une part, lésions parcellaires de l'autre peuvent résumer, dans ces cas, l'altération glomérulo-tubulaire. S'il en était

autrement, comment expliquer que, chez nombre d'éclamptiques, guéries par le traitement médical ou chirurgical, l'enquête urologique ultérieure ne décèle aucune manifestation pathologique, sinon, parfois, un peu d'albumine résiduale traduisant la « cicatrice rénale » dont parle Bard ! C'est pourtant ce qu'enseignent l'observation de Rendu (1), celles d'Edebohls, de Pousson et Chambrelent.

Or, si, après un tel orage, la restitution *ad integrum* rapide des reins est possible, il est difficile d'admettre que les phénomènes rénaux graves, avec l'anurie comme épilogue, soient sous l'unique dépendance de la seule lésion épithéliale.

A cette cause viennent s'ajouter d'autres facteurs multiples, relevant pour la plupart de modifications dans le régime circulatoire du rein. La congestion intense, avec la diapédèse et les lésions prolifératives qui l'accompagnent, va augmenter le volume de l'organe au point de déterminer un véritable étranglement rénal. Et, dit Frenkel (2), il suffit du moindre œdème interstitiel pour que, la pression dans les espaces inter-organiques du rein devenant supérieure à la pression dans les artérioles afférentes, l'apport du sang au glomérule soit entravé et qu'il en résulte de l'oligurie ou même de l'anurie. L'élément glandulaire n'est pas touché organiquement et il suffit de dégager les espaces périartériels et autres pour voir la diurèse se rétablir. Jusqu'ici, en effet, l'anurie relève de troubles purement fonctionnels. Si ce stade était cliniquement appréciable, c'est à lui que devrait correspondre la période chirurgicale de l'anurie éclamptique. Que si, maintenant, un traitement opportun ne vient pas décomprimer le rein, les éléments histologiques étranglés vont se nécroser et provoquer des altérations anatomiques persistantes, irréparables.

Il est permis de croire, qu'à la faveur d'interventions plus fréquentes sur le rein des éclamptiques, l'examen microscopique de fragments prélevés in vivo permettra de mieux fixer les différentes étapes de ce processus pathologique. En attendant, nous croyons pouvoir dire que dans le rein éclamptique se trouvent vraisemblablement associées : 1° des *lésions épithéliales* plus ou moins étendues ; elles restent superficielles pour un temps et sont passibles de la restitution *ad integrum*, si on ne leur laisse pas le temps de s'aggraver et de devenir définitives ;

(1) Rendu, Éclampsie puerpérale avec 50 grammes d'albumine. Guérison. *Annales d'obstétrique et gynécologie*, 1906, p. 240.
(2) Frenkel, *Les Fonctions rénales* (Coll. Scientia).

2° des *lésions congestives*, à qui revient la plus grande part dans la pathogénie de l'anurie éclamptique, mis à part les cas où le rein est sidéré d'emblée par l'intoxication. Contre celles-ci le traitement chirurgical est tout puissant.

II. — Mode d'action de la décortication et de la néphrotomie.

Le mode d'action de la décortication et de la néphrotomie est basé sur des constatations cliniques et expérimentales. Nous n'essayerons pas de dissocier le mécanisme propre à chaque opération, leurs effets respectifs sur les divers facteurs de l'éclampsie présentant trop de connexités.

Avec Pousson nous envisagerons leur mode d'action sur les lésions de la néphrite éclamptique, sur la reprise des fonctions sécrétoires du rein, sur la toxémie :

1° Sur les lésions de la néphrite éclamptique. — Réginald Harrison a, le premier, insisté sur le rôle de la tension rénale dans les néphrites aiguës ; comparant le rein à un œil atteint de glaucome, il pratiqua la ponction et l'incision de la capsule comme autrefois de Græfe l'iridectomie. Usant d'une autre comparaison, pour expliquer les lésions anatomiques, il assimila le processus pathologique du rein congestionné, emprisonné dans sa capsule, à celui que l'on observe dans les testicules au cours de certaines orchites, où l'on peut voir les éléments histologiques se nécroser si on n'intervient pas par le débridement de l'albuginée.

La décortication d'Edebohls est venue donner plus d'ampleur à cette libération de la glande. Pousson, d'autre part, a montré combien plus intense est l'action de la néphrotomie sur la congestion du rein.

En effet, à la décompression produite par la décortication, la néphrotomie ajoute une saignée locale abondante, plus efficace que celle qu'on demande d'habitude aux sangsues et aux ventouses scarifiées appliquées à la région lombaire.

En outre, par la brèche largement ouverte, l'exode est facile aux exsudats, aux déchets épithéliaux qui obstruent les canalicules intéressés par l'incision, tous agents qui contribuent mécaniquement pour leur part à causer l'oligurie et l'anurie. La néphrotomie rend également possible, pour les jours suivants, l'écoulement des liquides alté-



rés, sécrétés par le rein et les lavages détersifs, grâce au drain qui plonge dans le bassinet.

Rappelons aussi, en attendant que de nouveaux faits viennent consolider ce point de physiologie pathologique, qu'Edebohls attribue à la décortication un pouvoir curateur sur le processus néphritique et que, par la néo-vascularisation qu'elle crée, il la croit susceptible d'amener la régression des lésions qui, par l'intensité de l'intoxication ou la priorité d'une infection, pourraient survivre à l'orage éclamptique.

2° Sur la reprise des fonctions sécrétoires du rein. — C'est aux travaux expérimentaux et cliniques de Guyon et Albarran qu'on doit la connaissance des effets de l'hypertension du rein sur ses fonctions circulatoires et sécrétoires. La néphrotomie s'est montrée constante dans ses résultats pour rétablir le cours des urines momentanément suspendu par des phénomènes inhibitoires. D'autre part, toute inflammation du rein s'accompagne, outre la congestion, d'une prolifération des éléments anatomiques, d'une exsudation abondante. Il n'était pas irrationnel de penser que l'organe, enserré dans sa capsule, n'en vint, par son augmentation progressive de volume, à comprimer les petits vaisseaux et les nerfs du parenchyme ; d'où toute une série de réflexes vaso-moteurs, qui retentissent bientôt sur les épithéliums pour en troubler le fonctionnement, en altérer la vitalité et même en entraîner la mort.

Les interventions pratiquées sur le rein, soit dans les cas d'éclampsie, soit dans les cas de néphrite aiguë, ont permis de vérifier cette hypertension. Dans le cas de MM. Pousson et Chambrelent, ainsi que dans le nôtre, les deux lèvres de la capsule, après incision, s'écartèrent très largement et spontanément. De même dans l'observation rapportée par Sippel (1), la constatation de cet auteur, pour être cadavérique, n'en conserve pas moins de valeur.

L'action de la décortication et de la néphrotomie se comprend aisément après cet exposé ; il se déduit également des observations I et II où l'opération est suivie du rétablissement du cours des urines, de la diminution de l'albumine et du relèvement du taux des matières extractives, « de telle sorte, dit Pousson, que l'intervention semble avoir ouvert le robinet des urines ».

Ajoutons que Jaboulay attribue les modifications amenées dans la circulation rénale, après décortication, aux tiraillements, aux malaxa-

(1) A. Sippel, Die Nephrotomie bei anurie Eklamptisher. *Zent. f. Gyn.*, 1904, p. 479.

tions des fibres sympathiques contenues dans le pédicule rénal, tiraillements et malaxations qui doivent transformer les conditions d'innervation vaso-motrice.

Albarran accepte également cette interprétation.

3° **Sur la toxémie**. — Mauriceau déjà préconisait la saignée pour combattre l'éclampsie ; ce faisant, il visait principalement la congestion rénale. Depuis Bouchard, la saignée a paru utile, surtout parce qu'elle permettait l'élimination rapide d'une partie du poison contenu dans le sang. La néphrotomie, nous l'avons vu, remplit cette indication et présente de plus l'avantage de commencer par débarrasser du sang adultéré le rein qui est le premier à en souffrir. Ce nettoyage préalable du filtre lui permettra de retrouver, pour l'épuration sanguine, ses fonctions un moment perdues. « Pour expliquer la genèse des crises urémiques des brightiques, le professeur Dieulafoy a émis l'idée que les éléments sécrétoires du rein éprouvent une intoxication du fait des poisons véhiculés par le sang et déterminent une sorte d'urémie rénale. Semblable hypothèse ne peut-elle pas être invoquée au cours de la toxémie gravidique ? Dès lors, l'incision rénale n'apparaît-elle pas comme le meilleur moyen de débarrasser le parenchyme des toxines qui l'imprègnent ? »

En résumé, c'est par une triple action que l'intervention chirurgicale combat l'éclampsie rénale ; elle enraye ou modifie le processus néphritique, elle rétablit les fonctions sécrétoires du rein, elle agit enfin sur l'intoxication.

Obs. I (personnelle et inédite). — *Décortication et néphrotomie chez une éclamptique anurique.* — Cette observation a été rédigée d'après les notes de M. Vincentelli, interne du service.

Fug. Marie, 20 ans, domestique, primipare, est amenée à la clinique obstétricale le 24 septembre 1906, à 2 heures du matin ; elle est dans le coma.

Les personnes qui l'accompagnent ne savent rien de ses antécédents héréditaires ou personnels ; elles affirment seulement que la malade avait les jambes enflées depuis 25 jours environ. La veille au soir, F... fut prise de violentes douleurs épigastriques, suivies de nausées et de quelques vomissements ; elle se plaignit également d'une céphalalgie intense localisée à l'occiput. Plus tard éclatait une crise d'éclampsie, et un médecin appelé ordonnait le transport à l'hôpital.

Dès l'arrivée à la clinique, comme on installe la malade dans son lit, se produit une seconde crise d'éclampsie caractérisée, qui dure 5 minutes et à laquelle succède le coma.



La figure est légèrement bouffie; tout le tégument présente une teinte subictérique; les membres inférieurs sont fortement œdématiés. Le pouls est petit, rapide. La température est de 39°,2. Tachycardie notable; quelques râles de bronchite aux poumons.

L'examen obstétrical révèle un utérus dépassant l'ombilic, répondant à une grossesse au huitième mois. La tête est engagée en OIGA. A l'auscultation, pas de battements fœtaux. Le toucher montre une dilatation du col de un franc. Les contractions utérines sont rares, à peine esquissées. On donne un premier lavement purgatif, puis un second avec 4 grammes de chloral.

Jusqu'à 5 heures du matin, la malade reste sans crises dans un état demi-comateux. A partir de ce moment, les crises reprennent et se succèdent plus longues et plus intenses; on en comptait 9 à 10 heures du matin. Inhalations de chloroforme, injections de sérum étaient restées sans effet. C'est alors que notre maître, M. le docteur Queirel, et nous, voyons la malade; le cathétérisme pratiqué devant nous ramène 15 centimètres cubes d'urines foncées, sirupeuses. La température est toujours élevée, le pouls rapide, incomptable, l'état général grave; la dilatation n'a pas progressé. D'un commun accord, en raison surtout de l'anurie, nous fûmes d'avis d'intervenir chirurgicalement.

Opération. — M. le docteur Queirel voulut bien nous confier sa malade et nous pratiquâmes l'opération à 11 heures du matin, avec l'aide de M. Valette, chef de clinique. Incision lombaire du côté droit; la capsule adipeuse est très épaisse et assez adhérente; la dénudation du rein est rendue pénible, par suite de l'obliquité très marquée de la douzième côte; nous attirâmes néanmoins un rein volumineux, rouge vineux, la capsule propre était tendue mais totalement décollée du parenchyme rénal par du liquide hémorragique; après incision de cette coque, la décortication se fit pour ainsi dire spontanément et les deux lambeaux se rabattirent sur le pédicule, nous n'eûmes qu'à les exciser. Nous pratiquâmes ensuite la néphrotomie; la section du parenchyme nous montra ce dernier fortement congestionné; l'écoulement sanguin fut modéré. Après lavage à l'eau bouillie, un drain fut placé dans le bassinet, le rein fermé par 6 catguts, les plans musculo-aponévrotiques réunis de même, sauf au niveau du passage du drain et la peau suturée aux crins.

A ce moment, l'état de la malade était tel que nous n'osâmes pas entreprendre la décortication du côté opposé.

Reportée dans son lit, l'opérée reçut des injections de sérum et de spartéine.

Après l'intervention, il ne se produisit plus d'accès éclamptiques; dans l'après-midi, la malade sortit même un moment de son coma pour prononcer quelques paroles. A 5 heures du soir, le travail se déclara et on amena au forceps un enfant mort. La délivrance se fit sans incidents.

25 *septembre.* — Le matin la malade a émis 180 centimètres cubes d'urine dont l'analyse sera donnée plus loin. Le pansement est imbibé de liquide séro-sanguinolent d'odeur urineuse. La température est de 38°. Néanmoins le pouls est toujours rapide, le subictère persiste et le coma aussi. Péniblement on a pu faire avaler un peu de lait.

Toute la journée se passe sans crises; le soir, le cathétérisme ramène 150 centimètres cubes d'urine. Mais l'état général va empirant et la malade meurt dans le coma à 11 heures du soir, soit 36 heures après l'opération.

L'autopsie pratiquée 24 heures après n'a pu être d'aucune utilité scientifique; tous les organes étaient en complète putréfaction.

AVANT L'OPÉRATION	APRÈS L'OPÉRATION	
—	De 11 h. matin au lendemain 25	Du 25 7 h. à la mort.
	—	—
Quantité : 15 centimètres cubes	180 centimètres cubes.	150 centimètres cubes.
Couleur brun chocolat	rouge brun.	Jaune rougeâtre.
Albumine : 30 grammes par litre.	6 grammes par litre.	1 gr. 20 par litre.
Glycose : néant	Néant.	Néant.
Urée : 8 gr. 70 par litre	14 gr. 60 par litre.	17 grammes par litre.
Chlorures	4 gr. — —	4 gr. 41 — —
Phosphates	1 gr. 80 — —	2 gr. 37 — —
Peptone	Présence.	Présence.
Acétone	Présence.	Présence.

Obs. II. — MM. Pousson et Chambrelent, in *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, avril 1906. — Mme D..., 21 ans, couturière, sans antécédents de famille et de très bonne santé habituelle, réglée à 14 ans et demi, est devenue enceinte quelques mois après son mariage. La grossesse évolua d'abord sans incident, mais, vers le huitième mois, la malade constata que son visage était légèrement bouffi le matin et éprouva de temps en temps des douleurs de tête continues.

Quelques jours avant son terme, elle consulte une sage-femme, qui, trouvant des traces d'albumine dans ses urines, prescrit le régime lacté absolu.

Dès le surlendemain soir, 14 janvier, les premières douleurs se faisant sentir, la sage-femme est aussitôt appelée. Elle constate que le col commence à se dilater, mais que le travail se fait très lentement, les douleurs sont très espacées et peu violentes.

Quelques heures après le début du travail, la parturiente, jusqu'alors gaie et causant avec son entourage, cesse de parler et répond à peine, et pas toujours correctement, aux questions qu'on lui adresse. Elle tombe dans une sorte de somnolence entre chaque douleur et sa respiration irrégulière semble gênée.

A cette torpeur viennent s'ajouter bientôt quelques mouvements convulsifs des membres, puis éclate une attaque d'éclampsie.

Un médecin appelé prescrit un lavement de chloral. Les convulsions s'apaisent et la malade tombe dans un état demi-comateux, qui se prolonge toute la nuit.

Les urines qu'on obtient par la sonde (la malade n'ayant pas uriné depuis environ 10 heures) sont peu abondantes, une cuillerée environ, et se prennent en masse par la chaleur.

Dans la matinée du 15 janvier, 16 heures environ depuis le début du travail, la dilatation digitale du col est pratiquée et l'expulsion d'un enfant mort ne tarde pas à suivre. La délivrance est effectuée sans difficulté et la perte

totale du sang a été minime. Le coma n'a pas cessé au cours de toutes ces manœuvres, et une demi-heure après l'accouchement éclate une crise violente d'éclampsie avec morsure de la langue, à laquelle fait suite de nouveau un coma profond. Ce coma se prolongeant durant 24 heures, coupé par 3 ou 4 crises convulsives, M. le docteur Beely, médecin de la malade, nous fait appeler à 5 heures du soir, le 16 janvier.

Nous trouvons Mme D... plongée dans un assoupissement dont rien ne peut la tirer. Les membres supérieurs et inférieurs sont allongés, flasques et, soulevés, retombent inertes. Les paupières entr'ouvertes se referment d'elles-mêmes; les pupilles sont dilatées et insensibles à la lumière. La respiration est stertoreuse, régulière et peu fréquente. Le pouls est plein, régulier, 108 pulsations; la température est de 37°,8.

Depuis le cathétérisme pratiqué avant l'accouchement, la malade n'a pas uriné spontanément, et par la sonde on a évacué en plusieurs fois environ 200 centimètres cubes d'urine foncée, acajou, contenant une forte proportion d'albumine.

Le sondage que nous pratiquons donne issue à 75 centimètres cubes, dont l'analyse fournit les résultats suivants :

Densité à 15°.	1,012
Réaction	hypo-acide
Couleur.	jaune foncé
Aspect	louche
Sédiment	abondant
Urée.	8 gr. par litre
Acide phosphorique total	0,85 —
Chlorure de sodium	4 gr. 10 —
Albumine	6 gr. 50 —

Nombreux leucocytes et hématies. Déchets épithéliaux.

En présence de ce coma persistant depuis plus de 36 heures malgré l'accouchement, et surtout en raison de l'oligurie, nous nous décidons à intervenir.

Opération le 16 janvier, 9 heures soir. Comateuse et insensible, Mme D... est néanmoins soumise à quelques légères inhalations de chloroforme.

Le rein gauche est d'abord découvert par une incision oblique de la dernière côte à l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette incision traverse une couche de tissu cellulo-adipeux très épais et infiltré; les muscles sont pâles, comme hydrotomisés; enfin, il s'écoule une abondante quantité de sérosité de la capsule adipeuse. Le rein, très facilement amené à l'extérieur, est brûnâtre, grossièrement lobulé et de consistance très ferme. Son diamètre longitudinal n'est pas augmenté, mais son diamètre transversal est plus considérable, de sorte que l'organe est comme arrondi et cylindrique. La capsule incisée sur le bord convexe se détache avec la plus grande aisance et laisse apparaître la substance propre du rein moins foncée qu'avant la décapsulation et ayant une coloration rouge hépatique ; sa lobulation se dessine plus nettement.

Un très léger suintement sanguin, bientôt étanché de lui-même, accompagne la décortication. Le rein réintégré dans sa loge, une compresse destinée à faire drainage est placée au-dessous du pôle inférieur et la plaie lombaire est suturée au catgut pour les plans musculaires, aux crins pour les téguments.

La malade étant retournée de façon à offrir la région lombaire droite, la paroi est incisée de la même manière que celle du côté opposé. L'infiltration cellulaire, musculaire et de la capsule adipeuse est nettement plus prononcée que du côté opposé. Ce rein, amené très rapidement à l'extérieur, apparaît élargi et cylindrique, de coloration brunâtre, de consistance très ferme, mais moins lobulé qu'était le rein gauche. La capsule ayant été incisée sur le bord convexe, ses lèvres s'écartent de suite largement et la substance rénale tend à faire hernie, preuve de la compression exercée par la capsule.

La décortication achevée, le rein perd sa coloration noirâtre pour devenir rouge brun. Une incision de pôle à pôle, s'étendant en profondeur jusqu'au bassinet, donne issue à un écoulement très abondant de sang noirâtre et, au fur et à mesure que le sang s'écoule, la substance rénale reprend tout à fait sa coloration rouge clair. Après avoir prélevé sur chacune des tranches rénales un petit fragment lamellaire pour l'examen histologique, on place une sonde de Pezzer dans le bassinet et on suture le rein au-dessus et au-dessous à l'aide de six points de catgut. Le rein est alors réintégré dans la fosse lombaire, une compresse est placée au-dessous de son pôle inférieur et la paroi est refermée. La double opération a duré un peu moins de 40 minutes. Bien qu'après quelques inhalations de chloroforme on en ait cessé complètement l'administration, la malade est demeurée insensible et n'est pas sortie de son coma.

17 *janvier*. — L'état comateux a persisté toute la nuit, mais semble moins profond ce matin ; la sensibilité à la piqûre, nulle hier, existe, surtout marquée du côté gauche.

La respiration calme, suspirieuse, offre de temps en temps le phénomène de Cheynes-Stockes. Pouls. 120. Temp., 38°. Pas de miction spontanée, on retire par la sonde 120 grammes d'urine dense, noirâtre, d'odeur fétide.

Le pansement est fortement imbibé, surtout à droite (côté de la néphrotomie), d'un liquide d'odeur urineuse, teinté assez fortement en rouge du côté droit.

Soir. — Le coma est moins profond. La sensibilité est revenue dans tout le corps. Lorsqu'on l'appelle, la malade ouvre les yeux ; elle paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais ne répond pas aux questions.

Plus de respiration de Cheynes-Stockes, 44 inspirations. Pouls régulier, bien frappé, 120. Temp., 38°,4.

Toujours pas de miction spontanée : on ne retire par la sonde que 50 centimètres cubes d'urine louche, épaisse, mais le pansement est fortement mouillé des deux côtés.

18 *janvier*. — Nuit bonne. La malade, jusqu'alors immobile et inerte dans son lit, a fait quelques mouvements et ce matin elle sort de sa torpeur. Elle ouvre les yeux, suit du regard les personnes approchant de son lit, semble

bien comprendre ce qu'on lui dit, mais ne répond toujours pas aux questions. Respiration calme, régulière, 40 inspirations. Pouls, 104. Temp., 36°,8.

Dans la nuit 300 centimètres cubes d'urine rendue par miction spontanée, pansement fortement imbibé ; la gaze et la ouate pèsent 800 grammes, mais on n'a pas pesé le bandage de corps et l'alèze, qui l'un et l'autre sont très mouillés.

En raison de l'abondance et de la fétidité des lochies, on fait des injections vaginales de permanganate de potasse.

Soir. — La malade est complètement sortie du coma, elle cause avec son mari et les personnes qui l'entourent, mais ne semble pas avoir conscience de son état ni du lieu où elle se trouve. Pouls, 96. Temp., 36°,9.

19 *janvier.* — La nuit a été excellente : sommeil paisible. La malade se trouve bien et ne se plaint que d'être mouillée. Elle ne se souvient de rien de ce qui s'est passé depuis sa première crise et ne s'inquiète pas de savoir si elle a accouché. Pouls, 96. Temp., 36°,8, pansement toujours très mouillé ; à droite, l'urine sort partie par le drain, partie par la plaie. A gauche, pansement sec, la plaie est réunie, sauf au niveau du passage de la mèche de gaze.

Urines rendues par la miction, 650 centimètres cubes ; poids de la ouate du pansement, 450 grammes.

Soir. — La malade a beaucoup causé avec ses parents de choses indifférentes, mais ne se préoccupe pas de savoir où elle est. Légère excitation. Temp., 37°,3. Pouls, 112.

20 *janvier.* — Nuit bonne : a demandé très souvent à boire ; lait. La malade cause et rit avec ses voisines, mais ne se rappelle pas ce qui s'est passé le jour de son accouchement et ne s'inquiète nullement de savoir ce qu'est devenu son enfant.

Ses lochies séro-sanguinolentes répandent une mauvaise odeur. L'utérus est gros, douloureux à la pression sur l'hypogastre. Temp., 36°,8. Urines, 2.200 centimètres cubes. On prescrit des injections vaginales au permanganate de potasse.

21 *janvier.* — Toujours bon état général ; cependant la température est de 38°. Urines, 2.700 centimètres cubes. La mèche de gaze des deux côtés est supprimée ; mais on maintient le drain dans le bassinet du rein droit.

Les lochies ne sont plus fétides, mais l'utérus reste gros. Continuation des injections au permanganate.

22 *janvier.* — Pour la première fois la malade demande des nouvelles de son enfant, qu'on lui dit être très bien pour ne pas la frapper.

La sonde du rein droit est supprimée le 28 janvier, c'est-à-dire douze jours après l'opération et la plaie est complètement fermée quatre jours après.

Bien que la malade se trouve bien, le thermomètre oscille pendant une quinzaine de jours entre 37°,5 et 38°,5, ce que nous attribuons à l'état de l'utérus revenant très lentement sur lui-même.

La malade sort de l'hôpital le 9 mars.

Nous avons eu occasion de la voir plusieurs fois depuis lors et avons pu constater le maintien parfait de sa guérison. Actuellement, douze mois après l'opération, sa santé est excellente et ses urines ne renferment plus d'albumine.

Examen microscopique des fragments du rein prélevés pendant l'opération. — Glomérulite : les anses vasculaires sont dilatées, le nombre des noyaux est augmenté ; les cellules de la capsule de Bowmann ont disparu par place et sont remplacées par un exsudat interposé entre elles et le glomérule ; la lumière des anses descendantes de Henle est un peu agrandie, l'épithélium à bâtonnets est abrasé presque partout ; par endroits même, on ne distingue pas le noyau mal coloré et plaqué contre la membrane basale : la lumière de quelques tubes collecteurs est occupée par une substance homogène, colorée en rouge, probablement colloïde ; périartérite autour des petites artérioles ; dans le stratum conjonctif, quelquès éléments leucocytaires en nombre plus considérable qu'à l'état normal.

Obs. III. — Edebohls, *Transactions of the American Gynecological Society*, 1903. — Primipare de 23 ans ; dernières règles, 22 juin 1902. Fièvre typhoïde grave en octobre 1902. En janvier 1903, œdème léger des membres inférieurs et albumine. Le 11 février, le visage devient boufli, la malade présente des symptômes d'urémie marquée, et à la chaleur on trouvait un gros disque d'albumine. A l'examen microscopique de l'urine, très nombreux cylindres hyalins et granuleux, avec quelques cylindres épithéliaux.

Pendant les deux jours qui suivirent, manifestations urémiques, grands maux de têtes, nausées, vomissements et, enfin, coma complet. La première convulsion se produisit le 13 février, elle nécessita l'emploi du chloroforme ; elle fut suivie de deux autres crises le lendemain. C'est alors qu'Edebohls vit la malade. Tous les moyens médicaux ayant été mis en œuvre et la malade ayant eu une quatrième convulsion, comme l'enfant était vivant et qu'il n'y avait pas de début de travail, l'accouchement provoqué fut décidé.

Il fallut pratiquer deux incisions latérales sur toute la longueur du col utérin, qui était long, dur et complètement fermé. Une application de forceps sur la tête termina l'accouchement. La délivrance se fit une heure après environ. Tamponnement intra-utérin à la gaze. L'enfant, né vivant, mourut quelques instants après la naissance.

L'hémorragie, due à la plaie cervicale, fut insignifiante.

Le jour suivant, pas de crises nouvelles, la malade est toujours dans le demi-coma ; on suture les deux incisions cervicales par neuf points de catgut de chaque côté.

Le 16 février, 46 heures après l'accouchement, sixième convulsion, suivie bientôt de quatre autres de la plus grande intensité, les urines sont toujours très albumineuses, le demi-coma persiste.

Le 17, nouvelle crise aussi violente. On propose alors à la famille de pratiquer la décapsulation du rein ; l'opération fut acceptée.

Le même jour, 72 heures après l'intervention, la malade est à nouveau endormie.

---

(1) *Gaz. des hôpit.*, 8 octobre 1906 et *Ann. de gyn. et d'obstétr.*, avril 1906, p. 245.



L'opération fut bilatérale.

La décapsulation des deux reins demanda exactement 23 minutes. Les deux reins présentaient des lésions d'inflammation aiguë, ils étaient peu augmentés de volume. La capsule propre fut aisément détachée de la surface externe de chaque rein et réséquée totalement.

Il n'y eut pas de nouvelles crises après l'intervention et tous les symptômes graves de l'urémie disparurent, si bien que deux jours après la malade retrouva sa connaissance. La malade se comporta dans la suite comme après un accouchement normal. Les plaies lombaires et les plaies du col utérin se fermèrent par première intention. La malade dut garder le lit trois semaines, comme après toute décapsulation rénale. Au bout de ce temps, la malade put se lever dans un excellent état de santé.

L'examen clinique et microscopique des urines, fait journellement pendant deux semaines après l'opération, montre une guérison rapide des lésions rénales. Le 28 février, on retrouva encore quelques cristaux cylindres hyalins et granuleux, et une quantité véritablement infime d'albumine.

Un mois après, on ne retrouve plus dans l'urine que des traces d'albumine et quelques rares cristaux hyalins. Actuellement (6 juin 1903), 33 jours et demi après l'opération, l'urine est normale et la santé parfaite.

Obs. IV. — Edebohls, *Boston med. and surg. J.*, 1904, p. 57 (1). — Primipare, 20 ans, mariée le 2 février 1903; dernières règles, 4 avril 1903; date présumée de l'accouchement, 9 janvier 1904. Evolution d'abord normale de la grossesse jusqu'en novembre 1903, époque où apparaît du prurit vulvaire. A ce moment, examen de l'urine, *pas d'albumine*, *pas de sucre*. Le 20 décembre 1903, œdème des pieds, bouffissure des paupières, début de coma, cécité complète. L'hydropisie augmente, le coma devint plus profond, et la femme resta aveugle jusqu'au 4 janvier 1904, jour où, à 10 heures du matin, le premier accès éclamptique éclata. A ce moment, on avait déjà, sans succès, tenté tous les moyens ordinaires contre l'urémie. État : délire, cécité complète, dyspnée, pouls plein, mou, température légèrement au-dessus de la normale. Abdomen énorme même pour une grossesse à terme, donnant l'impression d'hydramnios ou de grossesse gémellaire. Membres inférieurs, paroi abdominale, région dorsale infiltrés ; par contre, œdème léger des membres supérieurs et de la face. Mouvements du fœtus, bien que faibles, très constatables, doubles battements fœtaux clairs, distincts, réguliers. Col très fermé, pas la moindre apparence de travail. Durant les dernières 24 heures, émission seulement de 360 centimètres cubes d'urine, avec une proportion de seulement 1 gr. 44 d'urée par 24 heures. Au cours de cet examen deuxième accès convulsif.

Décapsulation rénale le 1er janvier 1904, faite sous le chloroforme et dans le décubitus latéral. On s'attaque d'abord au rein gauche. La forte infiltration de la région dorsale, ainsi que les convulsions, rendirent l'intervention labo-

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1906, p. 246.

rieuse. Le rein gauche était grossi de 50 p. 100 de son volume ordinaire. La capsule était épaissie, forte, mais lâchement unie à l'organe, assez lâche pour être plissée. Il ne se fit pas d'hémorragie, pas même de suintement sanguin, au niveau de la surface rénale, bien que l'hémorragie causée par l'incision de la paroi abdominale eût été abondante ; on chercha d'ailleurs plutôt à la favoriser, de façon à procurer en quelque sorte à l'opérée les avantages d'une saignée modérée contre l'urémie. La capsule détachée fut excisée *in toto*. Le rein gauche décapsulé, même intervention, qui fut plus aisée, sur le rein droit, lequel était moins augmenté de volume. Durée de l'opération : 45 minutes. Quand on rapporte la femme dans son lit, son état était satisfaisant. Diagnostic : néphrite parenchymateuse droite et gauche, aiguë ou subaiguë.

Durant les premières 24 heures après l'opération, il y eut une suppression presque complète de l'urine, 30 centimètres cubes seulement d'urine gélatineuse, demi-solide, couleur café, obtenue par le cathétérisme.

En dépit de cette oligurie, l'état de la femme s'améliora (cessation de l'agitation, du délire, plus d'accès, retour de la vue après 4 jours de cécité complète). Après ces 24 premières heures post-opératoires, urination abondante (évacuation par le cathéter de 1.000 centimètres cubes) et dans le second jour post-opératoire émission d'une quantité encore plus grande, amélioration de plus en plus accentuée de l'état général.

L'événement ensuite le plus notable fut le début spontané de l'accouchement 48 heures après l'opération. Le début de la dilatation du col à 10 heures du matin, le 3 janvier 1904, fut marqué par une légère convulsion, tôt maîtrisée par le chloroforme. A 10 h. 30 et 11 heures, deux autres faibles convulsions. A 1 heure après-midi, les doubles battements fœtaux étant toujours restés distincts et le col s'étant spontanément et suffisamment dilaté, forceps sur la tête et extraction d'un garçon du poids de 2.640 grammes, à demi asphyxié, mais qui fut bien ranimé. Un examen de la femme montra alors qu'une seconde tête se présentait. Battements du cœur nets. Après quelques instants, nouvelle application du forceps. Le second enfant, garçon aussi, né vivant, ne respira que quelque temps et succomba.

Les deux placentas furent ensuite extraits ; après quoi l'utérus se contracta convenablement. Le pansement ayant été forcément changé à cause de la réduction considérable du ventre, la femme put se reposer, ce qu'elle fit pendant les 24 heures post-opératoires. Elle sortit de ce repos entièrement changée et en possession de toutes ses facultés.

Suites. — L'évolution fut régulière. Pas de nouveaux accès, plus de symptômes fâcheux, disparition de l'œdème qui restait. Durant les 4 à 5 jours post-partum, se produisit un vrai déluge urinaire, l'urine contenant toutes variétés de cylindres et de l'albuminurie dans la proportion de 0,05 à 0,6 p. 100. En raison du mélange de sang avec les lochies, de la perte d'une certaine quantité d'urine dans les garde-robes, il ne fut pas possible de déterminer exactement la quantité quotidienne des urines dans les premiers jours *post-partum*.

Du 5 janvier au 6, cette quantité fut évaluée à 6.800 centimètres cubes. Un

échantillon de 1.680 centimètres cubes obtenus par un seul cathétérisme, le 6 janvier, et soumis à une analyse soigneuse fournit les résultats suivants :

Densité, 1,016; totalité des matières solides, 62 gr. 63; urée, 1 gr. 3 p. 100; totalité de l'urée pour cette seule évacuation, 21 gr. 84; albumine, 0,6 p. 100; nombreux cylindres hyalins épithéliaux finement et grossièrement granuleux; quelques cylindres cireux, épithéliaux, sanguins, érythrocytes isolés nombreux, leucocytes en quantité modérée. Cellules nombreuses du rein. Vers la fin de la semaine post-opératoire, la proportion des matières solides et de l'urée était revenue vers la normale. Le 14 janvier, on put enfin procéder à un examen de la totalité des urines des 24 heures : quantité totale, 5.000 centimètres cubes; densité, 1,011; matières solides, 128 gr. 15; urée, 0,3 p. 100; totalité de l'urée, 15 grammes; albumine, trace notable; pas de sucre; cylindres hyalins et granuleux, pas cireux, érythrocytes et leucocytes dus au mélange avec les lochies.

Le 31 janvier 1904, quantité totale des urines, 1.700 centimètres cubes; densité, 1,015; matières solides, 59,42; totalité de l'urée, 19 gr. 9; albumine, trace faible; rares cylindres hyalins; quelques cylindres muqueux; pas d'éléments du rein; encore quelques cellules des lochies. Un autre examen fait le 9 avril 1904 démontra que l'urine était quasi normale; pas d'albumine, pas de cylindres, pas d'éléments du rein.

L'amélioration de la femme suivit parallèlement les modifications de l'urine. Les deux incisions lombaires, en dépit des dérangements forcés des pansements par l'accouchement, guérirent per primam. L'opérée quittait le lit trois semaines après l'opération et, une semaine après, vaquait de nouveau à ses occupations.

Dernières nouvelles le 14 mai (4 mois et demi après l'opération). La femme a nourri constamment son enfant depuis sa naissance jusqu'à cette date, mère et enfant sont en excellente santé; poids de l'enfant, 9 kilogrammes et demi. Examen de l'urine de la mère : quantité totale en 24 heures, 1.950 centimètres cubes; densité 1,012; matières solides, 54 gr. 52; urée totale, 21 gr. 45; pas d'albumine; un cylindre hyalin à peine.

Obs. V (1). — Edebohls, *Zentralblatt für Gynækologie*, n° 25, 1906. — Le 9 juillet 1905, le docteur Fiedler vint me chercher pour une dame atteinte d'éclampsie puerpérale.

Primipare, 20 ans, bien portante antérieurement, réglée pour la dernière fois le 15 octobre 1904; ayant accouché le 8 juillet 1905, à 10 heures du matin, d'une fillette vivante de 3.900 grammes. L'accouchement s'est fait rapidement et sans incidents. L'urine, examinée pour la dernière fois un mois avant, ne contenait ni albumine ni éléments anormaux.

Le 9 juillet au matin, la malade se plaint de douleurs de tête et de troubles de la vision, très rapidement cécité absolue, convulsions, perte de connaissance.

(1) Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Léon Imbert la traduction de cette observation et de la suivante : qu'il reçoive l'assurance de notre vive gratitude.



A 9 heures du matin on constate la première convulsion violente, je vis la malade à 1 heure après-midi, chez elle, avec le docteur Fiedler. Elle était sans connaissance, aveugle, et eut pendant notre visite une crise convulsive prolongée extrêmement violente, qui était la quatrième. Pouls : 110, plein, mou. Température légèrement élevée.

La veille, une heure après l'accouchement, à 11 heures du matin, la malade avait eu sa dernière émission d'urines. A notre demande, la vessie fut vidée et on en retira 500 centimètres cubes, représentant la quantité totale d'urine sécrétée en 26 heures. Ces 500 centimètres cubes renfermaient 20 gr. 47 de matériaux solides, 1 gr. 5 d'albumine et seulement 2 gr. 5 d'urée; à l'examen microscopique, on trouve de très nombreux cylindres de divers genres : hyalins, gros et petits, granuleux, graisseux et épithéliaux; en outre, quelques hématies, des leucocytes et des cellules du rein en dégénérescence graisseuse.

La malade fut transportée sans connaissance à ma clinique; à son arrivée, les symptômes précédents firent place à des selles involontaires et à un collapsus profond.

Le 9 juillet, à 4 heures après-midi (depuis 9 heures du matin, il s'était produit 7 crises convulsives violentes et plusieurs autres plus modérées), la décapsulation des deux reins fut faite sans chloroforme. La malade eut sur la table sa huitième crise convulsive; mais la marche de l'opération n'en fut pas sensiblement troublée.

Les deux reins étaient augmentés de volume ; les capsules propres, épaissies des deux côtés, recouvraient lâchement le rein; elles se laissèrent détacher sans peine et sans hémorragie de la surface rénale. Les reins avaient l'apparence de la congestion et de la stase sanguine avec transformation graisseuse jaune sale du tissu.

L'opération dura 28 minutes, y compris la fermeture complète des deux plaies.

Pendant les 24 heures suivantes l'état de la malade ne se modifie pas sensiblement. Deux autres crises convulsives, les dernières, se produisirent dans les 8 heures qui suivirent l'opération, la perte de connaissance se prolongea ainsi que les évacuations involontaires.

Au bout de 24 heures, la malade reprit connaissance pour la première fois depuis 4 heures avant l'opération. La malade ne se souvenait ni de son transport à la clinique, ni de l'opération, ni de ses suites. A partir de ce moment, la guérison se produisit sans incidents.

Le seul traitement employé avant la décapsulation avait été une légère chloroformisation pendant les crises.

Pendant les jours qui suivirent l'opération, il fut impossible de recueillir séparément les urines, à cause de l'incontinence des urines et des matières. Ce fut au quatrième jour seulement que cette recherche devint possible. Le tableau suivant en indique les résultats.

Poids de la malade : 55 kilogrammes.

L'urine des 24 heures contient	Matières solides	Albumine	Urée
	—	—	—
Le jour de l'opération (9 juillet 1905)	20,47	1,5	8,5
Le 4e jour après l'opération	56,92	3,00	33,00
Le 10e — — —	123,02	1,1	39,65
Du 15e au 23e jour après l'opération (moyenne par jour)	45,75	0,2	21,6
Le 18 novembre 1905	61,79	ni albumine ni cylindres	26,52
Le 8 mai 1906	55,36	id.	18,43

L'enfant mourut à 5 semaines. La mère est très bien portante depuis l'accouchement. Elle se trouve actuellement (mai 1906) au huitième mois de sa seconde grossesse. L'urine est normale et la grossesse actuelle a évolué sans incidents.

Obs. VI — Polano, *Centralblatt für Gynækologie*, 5 janvier 1907. — Mme P. K., 38 ans, enceinte de 9 mois, entre à la clinique le 9 juillet. Précédentes grossesses régulières. Elle est à son dernier mois. Depuis cinq semaines, œdème des pieds; plus récemment il y a eu aussi de l'œdème des membres supérieurs et perte de l'appétit; c'est pour cela qu'elle est adressée à la clinique. L'analyse des urines du 20 au 21 juillet donne les résultats suivants : Quantité par jour : 800 centimètres cubes. Densité : 1,024. Albumine : 0,75 à 1 p. 100. Sucre : 0. Réaction : acide. Nombreux globules rouges; cellules épithéliales, cylindres granuleux. La femme est mise au régime lacté et accouche sans incidents, trois jours après, d'une fille pesant 3.100 grammes, mesurant 50 centimètres Placenta : 600 grammes. Peu de liquide amniotique. L'accouchement dura cinq heures du moment où la dilatation fut à 5 marks Treize heures après l'accouchement, brusquement, sans prodromes, se produit une crise éclamptique de deux minutes avec contractures toniques et cloniques des membres. A la suite de cette crise, la malade demeure dans un coma profond. Un quart d'heure après, suivit une deuxième crise, d'une durée de deux minutes, avec contractions des membres et du visage; dilatation des pupilles. La malade demeura ensuite deux heures dans un coma profond, pouls bon. Enveloppements humides, morphine quatre heures plus tard, la malade reprend connaissance et absorbe du lait.

Dans les sept journées suivantes, persistance du même état de somnolence. La malade urine involontairement et ses urines ne peuvent être recueillies qu'en partie. Densité moyenne : 1,014. Albumine : 1 p. 1.000. La quantité est approximativement de 1.500 centimètres cubes.

Du neuvième au dixième jour après l'accouchement, l'état général s'aggrave. La quantité d'urines tombe à 420 centimètres cubes. Densité : 1,030. Le pouls, petit, s'élève de 80 à 130, la malade perd connaissance.

Comme l'état est désespéré — la quantité d'urine a été de 150 centimètres cubes dans les dernières 24 heures — je me décide à la décapsulation rénale, aidé de mon collègue Burkhardt qui opéra d'un côté. Désinfection des deux

régions épigastriques, chloroforme léger. A quelques centimètres au-dessous du rebord costal droit, incision arrivant en arrière près de la colonne vertébrale et en avant à deux travers de doigts de la ligne axillaire. Après section des aponévroses et des muscles, ligature des vaisseaux, on arrive sur le tissu cellulaire périrénal, on détache le rein des tissus environnants et on le luxe hors de la plaie. L'organe est gros, très hyperhémié, cyanotique. Sa consistance est molle et tendue. Le bassinet est un peu élargi. Incision sur le bord convexe ; on détache facilement la capsule jusqu'au hile. Le rein ne fait pas hernie à travers l'incision de la capsule. L'organe est remis en place ; une gaze est placée à demeure dans la plaie qui est fermée à la soie.

L'opération est conduite de la même façon à gauche. Opération très simple, peu sanglante. Durée, trois quarts d'heure. Une sonde à demeure est mise en place après l'opération.

Trois heures après l'opération, l'urine évacuée s'élève à 400 centimètres cubes. Densité : 1,010. Albumine : 0,75. Le soir l'état s'est amélioré, le pouls est à 100. La malade répond et prend du lait. Dans la nuit, 400 centimètres cubes d'urine. Densité : 1,017. Albumine : 2 p. 1 000. Le matin, 19 heures après l'opération, collapsus brusque et mort avec des signes d'œdème pulmonaire. La quantité totale d'urine éliminée dans les 19 heures après l'opération est de 920 centimètres cubes contre 150 éliminés dans les 12 heures précédentes

Extrait du protocole d'autopsie : Œdème pulmonaire, infiltration graisseuse du cœur et du foie. Hyperhémie veineuse de la muqueuse intestinale. A la section du rein, la substance corticale est augmentée d'épaisseur ; la consistance de l'organe est tendue. Les deux bassinets sont légèrement dilatés. Toutes les lésions sont semblables à droite et à gauche. Uretères normaux. La vessie montre des dilatations variqueuses du col. Les autres organes sont normaux.

A l'examen histologique des reins, néphrite aiguë parenchymateuse (processus dégénératif de l'appareil épithélial).

III. — Valeur thérapeutique.

1° Résultats opératoires. — Sur les 6 cas où le traitement chirurgical a été opposé aux accès éclamptiques nous notons 4 guérisons et 2 décès.

L'acte opératoire se place 16, 36, 12, 72 heures et 8 jours après le début des accès. La plupart des malades étaient dans le coma et présentaient de l'oligurie ou de l'anurie ; celle-ci s'est manifestée rapidement après la première crise d'éclampsie, dans l'observation VI exceptée.

Les modifications apportées par l'intervention chirurgicale apparaissent manifestes ; leur rapidité et leur persistance n'en constituent pas le caractère le moins original. Les accès éclamptiques ne se reproduisent plus après l'opération ; le coma disparaît du 2e au 3e jour. D'au-



tre part, la reprise des fonctions rénales se fait dans les premières 24 heures, dans les observations IV et V où l'anurie se maintient encore une journée après l'opération. Le taux de l'urée et des sels urinaires se relève nettement dans les observations I, II et V. La quantité d'albumine subit une diminution rapide autant qu'accentuée. Enfin, dans les observations II, III, IV et V, les malades, revues 2 mois, 4 mois et demi et un an après l'opération, présentent des urines absolument normales et une santé parfaite.

Dans notre observation personnelle, on a assisté à ces modifications successives : cessation des crises, reprise du cours des urines, diminution de l'albumine et augmentation du taux des sels urinaires ; la malade est morte néanmoins sans sortir du coma. Faut-il rappeler dans quelles conditions nous sommes intervenus : température élevée, albuminurie intense, crises subintrantes, subictère, anurie. Nous pensons que la toxémie avait agi de façon trop intense. Pratiquée quelques heures plus tôt, l'opération eût probablement sauvé la malade.

En tout état de cause, cet insuccès ne doit pas être mis au passif de la méthode, bien au contraire ; impuissante à guérir la malade parce que trop tardive, l'opération n'en a pas moins montré son efficacité en débouchant le rein et en atténuant les phénomènes éclamptiques.

De même dans l'observation de Polano, il est difficile de méconnaître l'influence favorable de l'intervention sur la diurèse et l'état général. Et avec l'auteur nous croyons que le décès ne se fût pas produit, si l'opération eût été plus précoce.

2° **Légitimité de l'intervention.** — Nous venons de voir les résultats, nous nous garderons de les rendre plus éloquents en établissant un pourcentage ; il serait certainement prématuré, donc entaché d'erreur. Mais étant donné l'état habituellement grave des malades qui ont été opérées, les succès obtenus forcent à convenir que l'intervention est bénigne en soi et devient, partant, très légitime. Cette bénignité, nous l'affirmons aussi en nous autorisant des résultats obtenus dans les autres variétés de néphrites aiguës, superposables à la néphrite éclamptique.

Si cette considération paraissait insuffisante, il en est une autre qui, elle, non seulement légitimerait l'intervention, mais la commanderait presque. L'opération ne s'adresse-t-elle pas, en effet, aux cas graves, à ceux qui ont mis en faillite la thérapeutique médicale, et si l'opération offre à la malade une chance de guérison, si minime fût-elle, n'est-il pas légitime de la tenter !

3° Choix de l'opération. — Nos observations montrent que, comme traitement de l'éclampsie puerpérale, la décortication a été employée soit isolément, soit associée à la néphrotomie. L'idée de choix se présente naturellement à l'esprit et pourtant, nous appuyant sur les considérations développées au chapitre du mode d'action, il nous semble que décortication et néphrotomie ne doivent pas être envisagées comme deux méthodes rivales ; elles apparaissent plutôt comme deux temps du même acte opératoire, toutes deux ont leurs avantages respectifs, mais l'une doit compléter l'autre.

La décortication débarrasse plus complètement le rein du corset qui l'enserre, son action s'accroît encore des modifications qui surviennent dans l'irrigation rénale vaso-motrice ; cette dernière raison incite Albarran à faire la décortication totale, afin d'innerver le rein.

Ajoutons que la méthode d'Edebohls, outre ses effets immédiats indiscutables, présente des effets éloignés sur la lésion rénale ; ne fût-ce qu'à ce titre, son emploi serait justifié, dans l'hypothèse d'une lésion du rein préexistante ou de lésions récentes très accusées.

Aux avantages de la décortication, la néphrotomie ajoute ceux d'une saignée locale copieuse ; elle décongestionne le rein, favorise l'exode de tous les éléments qui concourent à la production de l'anurie, permet le drainage du bassinet, lutte enfin contre la toxémie.

Il ressort de nos observations que la décortication simple a suffi à la guérison des malades. Dans deux cas cependant (obs. IV et V) l'oligurie a persisté 24 heures après l'opération. Au contraire, dans les cas traités par la néphrotomie associée, le rétablissement du cours des urines a suivi immédiatement. Si la multiplicité des observations nous y autorisait, nous dirions presque que la néphrotomie semble avoir été plus rapide dans son action et que, de ce fait, elle satisfait davantage.

L'opération a été bilatérale dans tous les cas où l'on est intervenu, sauf dans le nôtre où, pour les raisons données plus haut, décortication et néphrotomie ne furent faites que d'un seul côté. Visant une intoxication rapide, l'opération bilatérale est rationnellement préférable : c'est donc à elle que l'on aura recours ; mais tandis que d'un côté on fera la seule décortication, de l'autre on complétera la décortication par la néphrotomie.

IV. — Technique opératoire.

Voyons maintenant comment doit se conduire l'opération. Ces détails de technique sont minutieusement décrits dans la thèse très documentée d'Ertzbischoff.

L'anesthésie s'obtient à l'aide du chloroforme ou de l'éther. Pour certains auteurs, ce dernier agent anesthésique serait moins agressif pour le rein. Ces craintes paraissent peu fondées et, en France, Pousson, Guyon et Albarran sont restés fidèles au chloroforme.

A. **De la décortication.** — Edebohls place la malade sur le ventre sur un coussin d'air imaginé par lui, de façon à pouvoir opérer les deux côtés sans déranger la malade. A cette position, pas toujours réalisable en pratique, on préfère généralement le décubitus latéral alternatif; un coussin est placé dans l'angle costo-iliaque du côté opposé, qui facilite l'abord de la région lombaire et refoule le rein dans l'aire opératoire.

Incision costo-iliaque, en dehors des muscles de la masse commune, oblique en bas et en avant vers la crête iliaque, on écarte les fibres du grand dorsal, repère le nerf abdomino-génital, puis on sectionne l'aponévrose du transverse. La capsule cellulo-adipeuse du rein est à découvert, on l'incise au bistouri jusqu'au contact de la capsule propre. Avec les doigts on clive successivement la face antérieure du rein jusqu'au bassinet, puis la postérieure et enfin les pôles. La glande est à ce moment attirée hors de la plaie assez aisément, sauf dans les cas d'obliquité très marquée de la douzième côte. La capsule propre est incisée le long du bord convexe du rein; une pince saisit chaque lèvre et on détache successivement sans brutalité, d'abord à la sonde cannelée, puis au doigt, chacune des demi-capsules et la récline vers le pédicule, on peut les abandonner ainsi; mieux vaut les réséquer, ainsi que le recommande Edebohls.

Le rein décortiqué est replacé dans sa loge, un drain ou une mèche de gaze juxtaposé, les plans musculo-aponévrotiques suturés au cagtut, la peau au crin. Le drainage est enlevé du deuxième au troisième jour, sauf indications spéciales.

B. **De la néphrotomie combinée à la décortication.** — Du côté où la néphrotomie doit être associée à la décortication, on modifie le procédé précédent de la façon suivante, à l'exemple d'Albarran.

Le rein étant attiré dans la plaie, l'aide comprimant le pédicule, on

incise le parenchyme rénal sur son bord externe; l'incision portera sur les deux tiers inférieurs de ce bord et ira profondément jusqu'au bassinet. Ceci fait, on pratiquera la décortication comme plus haut, mais en ayant soin de respecter et de laisser adhérente à chaque valve rénale une bande de capsule propre d'un bon centimètre. De cette façon, après la pose du drain dans le bassinet, les fils de catgut destinés à suturer l'incision du parenchyme peuvent être posés et noués sans qu'ils coupent le tissu friable de l'organe.

Les plans superficiels sont réunis comme à l'ordinaire. Le drainage sera ici prolongé, durant 10 ou 12 jours.

Telle est l'opération; le point important est d'aller vite, pour diminuer les inconvénients de la narcose. Edebohls donne une heure comme durée maxima de la décortication double; pour lui, vingt à trente minutes lui suffisent amplement. L'adjonction de la néphrotomie unilatérale n'augmente pas trop sensiblement la durée opératoire.

V. — Indications opératoires.

Les succès opératoires obtenus dans le traitement des formes graves de l'éclampsie et la bénignité relative de l'intervention légitiment donc la décortication et la néphrotomie.

Voyons dans quels cas la chirurgie doit intervenir.

Les traitements employés jusqu'ici pour combattre l'éclampsie reflètent, pourrait-on dire, les conceptions pathogéniques qui successivement se sont fait jour; à celles-ci nous sommes redevables de la saignée lombaire, de l'emploi du chloral et du chloroforme, voire même de celui des opiacés. Depuis que le dogme de l'auto-intoxication gravidique a été établi, la thérapeutique des accès éclamptiques est entrée dans une voie nouvelle, plus fertile en résultats; elle s'est attachée surtout à combattre la toxémie. Multiples ont été les moyens proposés : au régime lacté revient la première place : il réduit au minimum les fermentations intestinales et la production des toxines; puis c'est la saignée générale, qui soustrait à l'organisme une partie du sang adultéré; ce sont les injections de sérum pratiquées seules ou concurremment avec la saignée, dans le but de réaliser un véritable lavage du sang.

L'effet de ces moyens est limité et, pour ce qui est des injections de sérum, il est permis de se demander si, au taux des idées régnantes, par le chlorure de sodium considéré comme nocif dans les états urémi-

ques, par l'eau même qui élève la tension sanguine, l'hypodermoclyse n'est pas de nature à influencer fâcheusement le rein, dont les fonctions sont déjà si précaires!

En somme, la thérapeutique usitée jusqu'à présent s'est attaquée à la cause générale, à la toxémie, mais a complètement négligé la cause locale, la lésion du rein.

C'est ce facteur étiologique que vise le traitement chirurgical. Toutefois ce facteur intervient pour une part bien variable selon le cas, et c'est de l'atteinte plus ou moins forte du rein que l'éclampsie tire ses modalités. C'est dire que le traitement chirurgical ne s'applique pas indistinctement à toutes les éclamptiques; à vouloir trop étendre ses indications, on courrait risque de discréditer la méthode.

Ainsi, dans les formes hépatiques, alors que le foie traduit son insuffisance par tous les symptômes de l'ictère grave, la question de l'intervention ne saurait être envisagée; ce serait courir à un échec certain.

De même, lorsque l'intoxication est généralisée d'emblée et frappe à un égal degré tous les organes, l'utilité du traitement chirurgical est discutable; tous les systèmes agonisent simultanément; tenter la suprême chance serait le seul argument valable.

Mais lorsque la soudaineté ou l'intensité de l'attaque s'est concentrée sur le rein, que les moyens médicaux susceptibles de la repousser apparaissent illusoires, alors le champ devient libre pour la chirurgie, seule capable de sauver une situation désespérée et de remporter « une brillante victoire », selon l'expression de Pinard. C'est donc dans les formes rénales de l'éclampsie que l'intervention trouve sa principale indication, dans ces formes où rapidement les symptômes urinaires se placent au premier plan, l'intoxication générale jouant, pour ainsi dire, le rôle secondaire.

Il nous reste à préciser le moment opportun de l'acte opératoire.

Il est bien entendu que le traitement médical conserve tous ses droits et que sa place est marquée au début de l'invasion éclamptique. Encore sera-t-il bon de ne pas s'y attarder outre mesure et de ne pas attendre, pour intervenir, « qu'on ne sache plus à quel saint se vouer »!

Fonctionnelle ou organique, l'anurie est de toutes les complications la plus grave de l'éclampsie. Aux termes mêmes du problème, il faudrait pouvoir suivre cliniquement l'évolution des lésions anatomiques du rein et intervenir sitôt ou mieux un peu avant que la voie soit bloquée. Malheureusement, quand on est sur le terrain clinique, nom-

breuses et diverses surgissent les difficultés dans l'appréciation de ce moment psychologique. Des symptômes pourtant si variés qui accompagnent les accès éclamptiques, un seul à peine peut mettre en garde contre l'imminence du danger. L'albuminurie peut être intense sans compromettre la vie de la malade. L'accès éclamptique ne comporte pas en soi un pronostic irrémédiable ; les statistiques accusant une mortalité de 25 à 30 p. 100 le démontrent surabondamment. Le coma lui-même affecte une certaine bénignité, et telle malade résurrectionne, contre toute attente, après une période comateuse parfois fort longue.

Les phénomènes urinaires offrent des données autrement importantes, parce qu'ils extériorisent en quelque sorte l'état de souffrance du rein. L'*abaissement précoce et progressif du taux des urines*, de *l'urée et des sels* doit faire prévoir l'anurie. Dans quatre des observations que nous avons mentionnées, c'est cette constatation qui a indiqué l'opération.

Toutefois, l'opinion des auteurs varie touchant l'opportunité de l'intervention. Edebohls a tendance à opérer les éclamptiques dès qu'un des symptômes, par son intensité ou sa persistance devient, inquiétant; dans deux de ses observations, l'indication opératoire fut tirée de la continuation, après l'accouchement, des accès éclamptiques ou des phénomènes urémiques (coma, cécité); chez toutes ses malades existait de l'oligurie seulement, non l'anurie, et toutes ses malades ont guéri; ce dernier fait mérite d'être souligné en regard de la constance des résultats obtenus.

Pousson pense que dans les intoxications graves, ayant résisté aux moyens médicaux, particulièrement dans les cas qui s'accompagnent d'oligurie avec abaissement du taux de l'urée et des autres matières extractives et présence d'albumine en forte proportion, l'intervention est justifiée et qu'elle s'impose lorsque l'examen histologique des dépôts urinaires y fait constater l'existence des éléments figurés caractéristiques des néphrites aiguës.

Pinard restreint plus encore le cadre des indications, il n'hésiterait pas à avoir recours à l'opération, mais exclusivement dans les cas d'anurie.

Cette affirmation tombée de la bouche d'un tel maître semble clore toute discussion. Cependant, n'est-il pas à craindre qu'en attendant la période d'anurie confirmée, on n'ait laissé prendre beaucoup d'avance à l'intoxication ! Rappelant les données de la physiologie pathologique,

ne doit-on pas craindre pour les épithéliums les conséquences désastreuses de l'étranglement rénal. Et n'aurait-on pas plus de chances de sauver les malades en libérant la glande alors que l'insuffisance urinaire relève en grande partie de troubles fonctionnels, alors que surviennent l'oligurie et les modifications qualitatives de l'urine, c'est-à-dire en intervenant à la *période pré-anurique* ? D'autant qu'à partir de ce moment les phénomènes se précipitent rapidement et que chaque heure perdue risque de compromettre l'issue opératoire.

Reconnaissons cependant qu'en pratique le problème est plus difficile ; nous n'avons pas toujours la possibilité de suivre une éclamptique, éprouvette ou microscope en mains, et, trop souvent, nous nous trouverons en présence du fait accompli, l'anurie sera déjà constituée. Ce sera alors affaire à la sagacité du chirurgien de juger la situation par une appréciation rapide de tous les symptômes; celle-ci, à son tour, lui dictera la conduite à tenir.

Sans doute, les faits sur lesquels s'appuie notre travail sont peu nombreux; aussi bien est-il impossible, en l'état actuel, de formuler une opinion suffisamment motivée. C'est plus exactement notre impression que résument les considérations qui précèdent. Nos conclusions ne sauraient donc être que des conclusions d'attente. Telles qu'elles sont, elles montrent que, désormais, pour les cas graves d'éclampsie où le traitement médical a été impuissant, une ressource précieuse nous reste : l'intervention chirurgicale.

C'est de l'apport et de l'étude de nouvelles observations qu'il faut attendre un jugement plus complet; on sera mieux à même, alors, de fixer les conditions et la valeur de l'intervention chirurgicale dans l'éclampsie, recrue toute nouvelle de la chirurgie rénale.

CONCLUSIONS

La néphrite éclamptique existe, mais n'est pas une. Se basant sur des constatations anatomiques et des déductions physio-pathologiques, on est fondé à admettre dans le rein éclamptique des lésions associés à des degrés variables :

a) Des lésions épithéliales plus ou moins étendues ; elles restent superficielles pour un temps et sont passibles de la restitution *ad integrum*, si on ne les laisse pas s'aggraver et devenir définitives ;

b) Des lésions congestives, intenses, à qui revient la plus grande

part dans la pathogénie de l'anurie éclamptique. Contre celles-ci, le traitement chirurgical est tout-puissant.

Le mode d'action de l'intervention chirurgicale dans l'éclampsie est triple; par la décongestion du rein qu'elle produit, par l'élimination des déchets épithéliaux et autres qui obstruent les canalicules, par les modifications qu'elle amène dans les conditions d'innervation vaso-motrice, l'opération favorise l'arrêt du processus néphritique. et la reprise du cours des urines. Par la quantité de sang qu'elle soustrait à l'organisme et au rein imprégné de toxines, elle agit efficacement contre la toxémie.

Les observations montrent que la guérison est venue couronner 4 fois sur 6 l'acte opératoire, entrepris le plus souvent sur des malades gravement atteintes. Ces résultats, joints à la bénignité de l'opération et à l'impuissance du traitement médical, légitiment amplement l'intervention chirurgicale dans certains cas d'éclampsie.

Il y a avantage à combiner la néphrotomie à la décortication.

L'intervention sera bilatérale; d'un côté on fera ces deux opérations et de l'autre la décortication seule.

Pour la technique opératoire, on aura recours au procédé habituel de décortication, en y apportant la modification d'Albarran quand on lui associe la néphrotomie.

Rarement, dans les formes généralisées d'emblée, le traitement chirurgical aura raison des manifestations éclamptiques.

C'est surtout dans les formes rénales que l'intervention trouve ses indications. Après échec des moyens médicaux, sans attendre toutefois les extrêmes limites de l'intoxication, l'intervention chirurgicale s'impose. Tout en tenant compte des différents symptômes éclamptiques, c'est principalement de l'oligurie précoce et progressive, de l'abaissement du taux de l'urée et des matières extractives, de la présence dans les urines des éléments figurés du rein, que l'on déduira l'opportunité de l'acte opératoire; c'est à cette *période pré-anurique* que doit se placer l'intervention si l'on veut donner à la malade des chances sérieuses de guérison.

Dans les cas d'anurie confirmée, l'opération revêt un caractère d'extrême urgence, c'est l'ultima ratio; mais ses résultats sont rendus plus aléatoires à cause de l'intoxication plus profonde de l'économie.

Notre travail était déjà terminé lorsque a paru, dans la *Semaine médicale*



du 6 mars 1907, un article de M. de Bovis (de Reims) sur la décapsulation du rein dans le traitement de l'éclampsie. Nous nous bornons à en extraire l'observation suivante.

La patiente était une fille mère de dix-neuf ans, de constitution un peu grêle, mais dont le passé pathologique était négatif. Elle se trouvait à terme et en travail, quand elle vint à l'hôpital ; ses urines étaient légèrement albumineuses.

Néanmoins, l'accouchement se passa sans incidents, et, après dix heures et demie de travail seulement, elle mettait au monde un enfant de 3 kgr. 300. L'expulsion proprement dite, depuis la dilatation complète, n'avait pris qu'une demi-heure. Quand tout fut terminé, il était cinq heures et demie du matin.

Quatre heures après, cette jeune femme eut sa première crise d'éclampsie. De cet instant au lendemain matin 6 heures, elle en eut dix-sept, soit une toutes les soixante-douze minutes en moyenne. Mais, sur ces dix-sept attaques, neuf avaient eu lieu de 11 heures et demie du soir à 6 heures du matin, soit une toutes les cinquante minutes.

Pendant cette première journée, la malade fut traitée par les procédés habituels : chloral en lavements, chloroforme et inhalations d'oxygène. En raison de la saignée toute récente réalisée par la délivrance, on se dispensa de la phlébotomie.

Quand je vis cette jeune femme, le lendemain de ses couches, vers 9 heures du matin, il y avait donc trois heures qu'elle n'avait plus eu de crises convulsives.

Mais elle était très agitée, avait une inconscience complète, et les urines s'étaient écoulées involontairement. Cependant, le pouls ne battait qu'à 90, la face n'était que moyennement cyanosée, les poumons peu congestionnés, et la température était de 37°,8 ; la veille au soir, elle n'avait pas dépassé 38°.

Malheureusement, en raison de la circonstance que je viens de mentionner, je ne pus avoir de renseignements sur la quantité des urines émises.

Devant la répétition des crises durant la seconde partie de la nuit, je me pris à craindre leur réapparition ou une issue fatale et je m'empressai de faire transporter la patiente à la salle d'opération, où, à 10 heures, je pratiquai la décapsulation du rein droit.

Les quelques particularités observées au cours de cette intervention furent les suivantes : l'incision de la néphrotomie ne donna, pour ainsi dire, pas lieu à la moindre hémorragie; on ne doit pas en être surpris, le sang des éclamptiques passant pour être poisseux; il n'y eut donc pas une seule pince à mettre et l'on opéra presque à sec. La capsule me parut un peu résistante à la discission; cependant, de là à penser qu'elle pouvait être cause de compression rénale, il y a peut-être loin. Quant au rein, il était plutôt petit que gros, mais, comme nous l'avons dit, la patiente était de constitution un peu grêle; on peut donc admettre que le volume de l'organe était normal. Par contre, sur toute la moi-

tié inférieure de son bord convexe et, bien à cheval sur ce bord, existait une grosse tache, de la dimension d'une pièce de 5 francs ; c'était une vaste ecchymose.

Le reste du rein présentait une coloration brune qui ne semblait pas beaucoup plus foncée que de coutume.

Après avoir attiré le rein en dehors de l'incision, je le remis en place et je fermai la plaie, en la drainant par un petit bout de gaze inséré dans son angle inférieur.

Après l'opération, cette jeune femme fut encore assez agitée ; mais à 5 heures du soir, elle faisait déjà preuve de conscience. A ce moment, la vue était trouble, mais elle s'éclaircit presque complètement le lendemain ou le surlendemain.

Durant la première journée qui suivit l'intervention, la quantité d'urine émise fut de 1 litre et demi ; le jour suivant, elle fut de 1 litre un quart et elle revint ainsi progressivement à la moyenne de 1 litre. Les urines des premières vingt-quatre heures contenaient environ 25 centigrammes d'albumine par litre ; au bout de cinq à six jours, on n'en trouvait plus trace.

Au point de vue obstétrical, il y eut un peu de fétidité lochiale, mais la température rectale ne s'en ressentit guère : elle atteignit 38°,2 le soir de l'opération et, dès le lendemain matin, elle tombait à 37°,6, pour s'abaisser encore le soir et les jours suivants.

Quant aux suites opératoires proprement dites, elles furent aussi bonnes qu'on pouvait s'y attendre après une intervention aussi simple ; à noter encore que le suintement sanguin dans le pansement fut presque nul.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J. ALBARRAN, Art. Rein, in *Traité de chir.* LE DENTU-DELBET, t. VIII. Traitement chirurg. des néphrites. *Congrès de Lisbonne*, 1906. — BASSAM, *les Interventions chirurgicales dans les néphrites médicales*. Thèse, Lyon, 1903. — BRAULT, Art. Rein, in *Traité de méd.* CHARCOT-BOUCHARD, t. V. — BAR, Art. Éclampsie, in *Traité accouchements* TARNIER-BUDIN, p. 685. — CAVAILLON et TRILLAT, Traitement de l'éclampsie puerpérale par la décapsulation. *Gaz. des hôpit.*, n° 116, 1903. — CHAUFFARD, Art. Rein, in *Traité de méd.* BROUARDEL et GILBERT, t. V. — CLAUDE et BALTHAZARD, Effets de la décapsulation des reins. *Soc. de biologie*, 1903. — CLAUDE et DUVAL, Effets immédiats de la décapsulation. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 10 février 1905. — CUFFER et GASTOU, Des néphrites partielles. *Rev. de méd.*, 1891. — DELAFIELD, Quelques formes de maladies des reins. *Medical Record*, février 1904. — LE DENTU, Communication à *l'Académie de méd.*, 1881, et affections chirurgicales des reins, des uret. et des caps. surrén. Traitement chirurg. des néphrites, in *Presse médicale*, 1906. — DONNADIEU, *De l'anurie calcul. et en partic. de son trait. chirurg.* Thèse, Bordeaux, 1885. — DUFOUR et FORTINEAU, Néphrites aiguës, à quel moment de leur évolution faut-il les opérer. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 16, 1903. — EDEBOLHS, Renal decapsulation for puerperal eclampsia. *American Journ. of Obstetrics*, juin 1903. *The surgical treatment of chronic Bright's disease.* New-York, 1904. — ERTZBISCHOFF, *Trait. chirurgical des néphrites.* Thèse, Paris, 1906. — FRENKEL, *les Fonctions rénales* (Collect. Scientia). — GAINES, Eclampsia : revue of the more recents methods of treatment with the results. *New York med. Journ.*, 1905, p. 1359. — GUYON, Influence de la tension intra-rénale sur les fonctions du rein. *Communic. à l'Acad. des Sciences*, 29 février 1892. — GUYON et ALBARRAN, Physiol. pathol. des rétentions



rénales. *Congrès français d'urologie*, Paris, 1897. — Harrison, On the treatment of some forms of albuminuria by renipuncture. *British med. Journ.*, 1896, pp. 1126-1128; Renal tension and its treatment by surg. means. *British med. Journ.*, 1901, p. 1125. — Jaboulay, Trait. chir. des néphrites. *Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 2904. — Korteweg, *Ann. gyn. et obst.*, déc. 1905, p. 739. — Labusquière, De l'éclampsie d'après Zweifel. *Ann. gyn. et obst.*, 1905, p. 729. — Le Nouene, *Trait. chir. des néphrites*. Thèse, Paris, 1903. — Mongour, A propos de la néphrot. dans les néphr. chr. méd. *Bull. méd.*, 1904, p. 230. — Pinard, Rapport *Académie de médecine*, avril 1906. — Pousson, De l'intervent. chirurg. dans cert. variétés de néph. méd. *Associat. franç. d'urologie*, 4e session, 1899; De l'interv. chir. dans néph. infect. aiguës et dans néph. chroniques. *Bull. Soc. chir.*, Paris, juin 1901; Contribut. à la physiologie pathol. de l'incision et de l'extirpation du rein, 5e session. *Ass. franç. urologie*, 1901; Trait. chir. des néph. méd. *Actualités médicales*, 1904; Trait. chir. des néph. chron. *Rapport XVe Congrès internat. de méd.*, 1906. — Sippel, Die Nephrotomie bei anurie Eklamptisher. *Zent. f. Gynœcologie*, 1904, p. 479.— Yvert, De l'intervention opératoire dans les néphrites. *Rev. de chir.*, 10 septembre 1904.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS URINAIRES AU COURS DES FIBROMES UTÉRINS

Par **A. VÉNOT**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux (1).

Ce rapport est divisé en trois parties :
1° Anatomie et physiologie pathologiques ;
2° Étude clinique et pathogénique ;
3° Traitement.

I. — Anatomie et physiologie pathologiques.

1° *Urètre.* — L'urètre peut être comprimé contre la symphyse pubienne, soit par un polype fibreux, soit par un fibrome implanté directement sur la face antérieure de la matrice, soit enfin, et le plus souvent, par le col utérin.

Mais l'agent ordinaire de ces compressions urétrales est le *col utérin.* Un fibrome de la paroi postérieure fait basculer le corps de l'utérus en arrière, dans la courbure du sacrum, le col est projeté en avant contre le pubis où il aplatit l'urètre.

Dans la grande majorité des cas, c'est par ce moyen que se produit la rétention d'urine chez les fibromateuses. Aussi, à l'époque où l'on n'opérait pas les fibromes, les chirurgiens essayaient de redresser cette rétroversion et de maintenir la réduction. Kidd, de Dublin, put ainsi redresser l'utérus par un sac en caoutchouc de Barnes et le maintenir par le pessaire de Hodge. La rétention disparut, et, un an après, l'utérus était resté redressé et la malade n'avait plus eu de difficultés pour uriner.

2° *Vessie.* — La rétention d'urine prolongée provoquera une *dilatation* vésicale plus ou moins importante. Dans une observation de Fourestié, la vessie formait une poche plus grande que l'estomac et remontait jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic. De pareilles vessies sont toutes prêtes à recevoir l'infection.

(1) Rapport présenté au Congrès national de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, 5e session, Alger, 1er au 6 avril 1907.

La vessie peut être déplacée *latéralement*; elle peut être *repoussée* de haut en bas ou de bas en haut; elle peut être *attirée* en haut (*Schmitt*).

Les tumeurs fibreuses développées dans une partie *latérale* de l'utérus peuvent faire dévier l'utérus et, par suite, la vessie, du côté opposé. D'après Zangemeister, l'utérus fibromateux subit la plupart du temps (21 fois contre 3) une torsion à droite. Il en résulte que la paroi postéro-latérale gauche de la vessie est plus souvent soulevée que la droite. La vessie subirait donc, dans son ensemble, un déplacement à droite.

Un fibrome peut comprimer la vessie de *haut en bas* contre le pubis, empêchant ainsi son déplacement en haut. D'après Schmitt, ces vessies « emprisonnées » ne donnent lieu à aucun symptôme, à cause de la facile dilatabilité de l'organe latéralement et en bas. N'est-ce pas, en effet, ce qui se produit dans l'hystéropexie abdominale ?

La vessie peut être poussée de *bas en haut*. La tumeur, agissant sur la base de la vessie, détermine l'élévation de la base, avec déplacement en haut de tout l'organe. Ce sont spécialement les fibromes de la portion vaginale du col qui entraînent cette disposition, qui peut être également produite par un fibrome sous-péritonéal siégeant en avant, près de l'insertion vaginale.

La compression de l'urètre et les diverses déformations de la vessie sont la conséquence d'une action mécanique exercée par le fibrome. La compression de l'urètre déterminera toujours des troubles vésicaux plus ou moins prononcés (dysurie, rétention d'urine). Mais il est intéressant de constater que parfois de grosses déformations de la vessie ne s'accompagnent d'aucun trouble vésical, tandis que d'autres fois de petits fibromes mobiles, ne comprimant ni ne déformant la vessie, provoquent des accidents vésicaux intolérables. Et ceci me conduit à parler de la *congestion*, qui, dans la pathogénie de ces accidents, joue un rôle prépondérant.

Il est généralement admis aujourd'hui que la « vessie irritable », caractérisée essentiellement par la pollakiurie et le ténesme, que l'on observe dans un certain nombre d'états physiologiques ou pathologiques de l'appareil génital, dépend d'une congestion vésicale, laquelle dépend à son tour d'une congestion de l'appareil génital. Zukerkandl a établi, par ses observations cystoscopiques, que c'était au bas-fond vésical que se localisait cette injection vasculaire, c'est-à-dire au niveau

des anastomoses les plus importantes entre la vascularisation de la vessie et la vascularisation génitale. Cet auteur rapporte l'observation d'une malade, ayant « quelques petits myomes de l'utérus », souffrant d'une épreinte violente et de douleurs en urinant, qui, au cours de sa maladie, eut une violente hématurie à tel point que les médecins traitants pensèrent à une tumeur de la vessie. A l'examen cystoscopique on ne trouva aucune tumeur, mais une hyperémie considérable du bas-fond vésical.

Jacobs et les différents auteurs qui ont étudié au cystoscope les modifications de la vessie au cours des affections génitales de la femme, ont confirmé les recherches de Zukerkandl. Cette congestion du bas-fond de la vessie n'est pas spéciale au fibrome. On la rencontre dans les états physiologiques (menstruation, grossesse) ou pathologiques (métrites, salpingites, etc.) qui entretiennent la congestion utérine.

Toutes ces altérations de la vessie, congestion, compressions, par les rétentions ou stagnations d'urine qu'elles déterminent, mettent la vessie en état de réceptivité microbienne. Et cependant la *cystite* n'est pas très fréquente au cours des fibromes. Le fibrome agit donc comme cause prédisposante; pour que la cystite survienne, il faut un apport microbien.

Les microbes viennent du dehors le plus souvent et sont apportés par le cathétérisme. Ils peuvent aussi provenir d'un utérus fibromateux infecté. Reymond cite l'observation d'une fibromateuse *n'ayant jamais été sondée*, chez laquelle une métrite survint à la suite d'un traitement électrique. Alors apparurent des symptômes de cystite. On fit à cette malade une hystérectomie. Après l'opération les mictions redevinrent normales et les urines claires. De cette observation, d'autres observations analogues et des expériences qu'il pratiqua, Reymond conclut que l'infection s'est faite à travers les parois, favorisée par la congestion : congestion et infection étant les deux conditions suffisantes d'une cystite.

Il existe quelques observations de *cystite gangréneuse*, caractérisée cliniquement par l'élimination de lambeaux de muqueuse, et dont les lésions ont été constatées soit sur la table d'autopsie, soit au cours de l'opération.

Enfin le fibrome peut, par une compression prolongée, user la paroi vésicale et déterminer une *perforation*. C'est là un accident exceptionnel.

3° *Uretère*. — La compression de l'urètre, déterminant une disten-

sion de la vessie, peut entraîner secondairement la dilatation des deux uretères et des lésions rénales plus ou moins accusées.

Beaucoup plus intéressante est la *compresssion* de l'uretère par l'utérus fibromateux lui-même. L'uretère peut être comprimé sur un point quelconque de son trajet, contre le *pubis*, dans *l'excavation pelvienne* ou au niveau du *détroit supérieur*.

Les uretères peuvent être aussi déplacés, refoulés par une tumeur volumineuse, et plus ou moins aplatis. Il existe alors généralement des *adhérences* entre l'uretère et la surface de la tumeur.

Knox signale la fréquence et le danger de ces adhérences. Elles sont généralement la conséquence d'accidents péritonitiques antérieurs, souvent légers, et sont variables comme importance. Tantôt ce sont de simples tractus filamenteux, tantôt des bandes fibreuses très serrées unissant les parties. L'uretère, ainsi immobilisé, est plus exposé aux compressions graves.

Enfin l'uretère peut être complètement *entouré* par la tumeur.

Ces compressions urétérales sont produites par des fibromes pelviens et, dans la grande majorité des cas, d'après Knox, par de volumineuses tumeurs en même temps pelviennes et abdominales.

Le plus souvent *les deux uretères* sont comprimés. Ils ne le sont pas toujours au même point et ordinairement ils le sont d'une façon inégale. Il est intéressant de constater que, lorque les deux uretères sont comprimés, le droit est plus dilaté que le gauche.

Sur 25 cas de compression urétérale bien constatée, je trouve 16 compressions doubles et 9 unilatérales. Dans 4 cas de compression double, il est dit que l'uretère droit est plus dilaté que le gauche. Dans aucun cas il n'est dit que le gauche est plus dilaté que le droit.

Sur les 9 compressions unilatérales, l'uretère droit est seul intéressé dans 6 cas ; et sur les 3 cas de dilatation par compression de l'uretère gauche seul, dans un cas l'uretère droit et le rein droit étaient absents.

Le volume des uretères dilatés varie de 7 à 8 millimètres de diamètre au volume du petit doigt, du pouce, ou même de l'intestin grêle.

Il est difficile de dire, même d'une façon approximative, quelle est la fréquence des compressions de l'uretère au cours des fibromes utérins. En effet, cliniquement, on ne pourra diagnostiquer ou soupçonner la compression de l'uretère que par les symptômes rénaux qui

en sont la conséquence, et il est déjà très difficile d'être fixé sur la fréquence de ces symptômes rénaux.

Webster trouve des complications rénales, manifestement dues au fibrome, dans 30 p. 100 des cas; Haultain, sur 120 fibromes, n'a jamais constaté la moindre complication rénale.

Dans les différentes statistiques, il est peu question de la compression urétérale. Cullingworth, sur 100 cas de fibromes, signale 2 cas d'hydronéphrose (suppurée dans un cas) par compression de l'uretère. Sarwey, sur 430 cas, n'a qu'une hydronéphrose par compression de l'uretère. Redlich, sur 112 myomectomies, dit que, dans 6,3 p. 100 des cas, les indications opératoires ont été : des kystes, récidives après énucléation, *compression des uretères*. Il n'en est pas question dans les statistiques de Lauwers, de Jacobs et dans bien d'autres. Dans plus de 400 cas de fibromes utérins observés à *The Johns Hopkins Hospital* durant ces dix dernières années (cité par Knox, 1900), on n'a noté que trois fois l'existence d'une dilatation des uretères. Il semble donc, en consultant les statistiques, que la compression des uretères dans les fibromes est d'une extrême rareté.

Knox a recherché systématiquement les uretères, au cours des opérations pour fibromes, et a constaté que, dans un certain nombre de cas, dans lesquels la masse fibromateuse était au moins aussi grosse qu'une tête de fœtus, il y avait dilatation de l'urètre (*hydroureter*) par compression, dilatation plus ou moins prononcée. Il ne dit pas qu'elle en est la proportion.

Dans un certain nombre de ses observations, la compression urétérale, ou plus exactement la *dilatation* de l'uretère, constatée au cours de l'opération n'avait déterminé aucun symptôme cliniquement appréciable : elle n'avait pas pu, par conséquent, être soupçonnée.

Si donc ce que dit Knox est vrai (et il n'y a aucune raison pour mettre en doute ces constatations) la compression de l'uretère, au cours des fibromes utérins, est plutôt fréquente. Pourquoi donc, dans certains cas, cette compression déterminera-t-elle des symptômes cliniques, et pourquoi, dans d'autres cas, n'en détermine-t-elle pas?

Parce qu'en réalité cette compression urétérale est *intermittente*. Un bel exemple de cette intermittence nous est fourni par la malade de Brin, chez laquelle ce chirurgien diagnostiqua un fibrome utérin et une hydronéphrose par compression urétérale. Cette femme était depuis longtemps tourmentée par des douleurs rénales très vives, survenant

brusquement, ayant l'allure de coliques néphrétiques, et qui disparaissaient à la suite d'une abondante émission d'urine.

Si la compression était permanente, elle augmenterait à mesure que le fibrome grossit et aboutirait presque fatalement à l'obstruction complète des deux uretères, le plus souvent. Or, l'anurie est une complication exceptionnelle des fibromes utérins.

4° *Rein.* — Si la compression est bilatérale, brusque et complète, elle produira l'anurie, et, si l'hystérectomie ne vient pas aussitôt lever l'obstacle à l'écoulement de l'urine, la malade mourra; on trouvera à l'autopsie un minimum de lésions urétéro-rénales, comme dans le cas de Ganzinotti, où les uretères et les bassinets étaient à peine dilatés; le rein avait une structure normale. C'est l'exception.

Le plus souvent, la compression s'établit lentement et la conséquence en est une dilatation urétérale, qui s'étendra au bassinet, aux calices, et finira par atteindre le parenchyme rénal.

Suivant le degré de la compression, les lésions observées seront variables. Knox a divisé en quatre groupes les conséquences uretéro-rénales de la compression.

Groupe A. — *Compression modérée.* — La dilatation semble limitée à l'uretère (*hydroureter*). Ce groupe contient les cas les plus nombreux. Le plus souvent, l' « hydroureter » ne s'accompagne d'aucun symptôme clinique, mais peut être le point de départ de complications sérieuses.

Groupe B. — *Compression prononcée*, produisant une dilatation pyélo-rénale plus ou moins accusée ou une anurie complète.

Groupe C. — *Destruction mécanique de la substance rénale*, et il cite comme exemple le cas de Peyrot, rapporté par Milliot, dans lequel l'uretère droit était considérablement dilaté et le rein correspondant réduit à un sac fibreux.

Groupe D. — *Compression urétérale avec inflammation* qui, suivant son intensité, aura comme conséquence :

a) *Une néphrite chronique*, discutable dans certains cas, car il sera difficile de prouver que la néphrite chronique est la conséquence du trouble apporté à l'excrétion de l'urine ;

b) *Une néphrite chronique latente avec kystes rénaux ;*

c) *Une suppuration des bassinets dilatés ;*

d) *Une urétéro-pyélo-néphrite* avec foyers purulents du parenchyme rénal ;

e) *Le rein forme un sac rempli de pus.* — Un des plus grands dan-

gers de la compression urétérale est de mettre le rein en état de réceptivité microbienne. Le cathétérisme est souvent seul coupable ; les adhérences peuvent être aussi la cause de l'infection ascendante. Parfois, l'uretère peut être adhérent à un pyosalpinx. Dans un cas de Kelly l'uretère droit, anormalement dilaté, était adhérent à l'appendice enflammé. Nous savons enfin que l'infection peut atteindre le rein par la voie sanguine.

II. — Étude clinique et pathogénique.

A l'exemple de plusieurs auteurs, je diviserai cette étude en deux parties :

1° Symptômes urétro-vésicaux ;

2° Symptômes uretéro-rénaux.

1° Symptômes urétro-vésicaux. — De ces symptômes, les uns sont communs au cours des fibromes, et tous les auteurs ont insisté sur leur fréquence ; ce sont : rétention d'urine et incontinence ; dysurie ; pollakiurie et ténesme (vessie irritable) ; cystite.

Les autres sont exceptionnels : hématurie, gangrène, perforation.

Rétention. — La rétention d'urine est d'observation courante. On peut observer la rétention complète ou incomplète.

La rétention complète d'urine est la plus ordinairement observée. Tantôt elle est accidentelle, tantôt elle est habituelle et constitue une complication. Des malades, porteuses d'un fibrome connu ou ignoré, sont prises brusquement, sans raison, d'une rétention d'urine nécessitant un cathétérisme durant un ou plusieurs jours, puis disparaissant d'une manière définitive. Il n'est pas rare de rencontrer dans l'histoire des fibromateuses ces rétentions épisodiques.

Plus souvent la rétention, d'abord intermittente, tend à devenir habituelle, constituant ainsi une complication grave des fibromes utérins par son retentissement possible sur les uretères et les reins, et par l'infection dont elle devient la cause occasionnelle dans beaucoup de cas. Ce sont là des phénomènes bien connus de tous les chirurgiens.

Le diagnostic en est généralement très facile. L'examen gynécologique, s'imposant dans tous les cas de troubles vésicaux chez la femme, fera reconnaître la présence du fibrome, sa forme, sa situation, et il sera aisé de découvrir les relations de cause à effet entre la tumeur et la rétention d'urine. Cependant, dans quelques cas, on a pris la vessie distendue pour un kyste de l'ovaire.

Le cathétérisme permettra d'éviter de pareilles erreurs, il renseignera surtout sur l'importance d'une rétention incomplète. Enfin il permettra de faire le diagnostic de la position de la vessie et de ses rapports avec l'utérus fibromateux. Il devra toujours être fait avant l'opération.

Le pronostic de la rétention est bénin. Le plus ordinairement la rétention cesse après l'hystérectomie et les fonctions vésicales redeviennent normales. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et Lauwers cite le cas d'une femme de 40 ans tourmentée par des rétentions fréquentes, qui persistèrent, après l'hystérectomie, pendant deux ans, malgré tous les traitements employés, et finirent par disparaître spontanément.

Cette rétention d'urine est d'ordre mécanique et reconnaît pour cause une compression de l'urètre ou du col de la vessie par un fibrome comprimant de bas en haut, et plus souvent encore par le col d'un utérus fibromateux en rétroversion. Il est très fréquent d'observer de la rétention d'urine à l'époque de la congestion menstruelle. Une malade de Boursier avait tous les mois sa petite rétention, qui cessait dès que l'écoulement sanguin devenait abondant.

Quant à la *rétention incomplète*, on la rencontre de préférence dans ces énormes vessies, très dilatées, remontant jusqu'à l'ombilic, dont la contractilité est entravée par ses adhérences à l'utérus fibromateux.

Incontinence. — L'incontinence vraie, d'origine fibromateuse, doit être exceptionnelle ; je n'en ai pas trouvé d'observation probante. Brin en a observé un cas, qu'il croit être d'origine hystérique. Il enleva par myomectomie un fibrome gros comme une mandarine, siégeant à la partie inférieure de la face antérieure de la matrice. L'incontinence, qui durait depuis un an, disparut complètement. Plus souvent c'est de la fausse incontinence, liée à de la rétention.

Dysurie. — Une compression incomplète de l'urètre produira une miction difficile. La malade est alors obligée à des efforts considérables pour évacuer péniblement quelques gouttes d'urine. Par l'effort elle peut arriver à vaincre l'obstacle ; elle peut y arriver aussi par certains artifices, en prenant, par exemple, telle position qui dégage l'urètre en mobilisant le fibrome en sens inverse. Une malade de Le Filliâtre ne pouvait uriner qu'étant assise : elle avait un col utérin derrière la symphyse, un corps gros comme une tête d'enfant, tombant dans le Douglas, et sur sa face antérieure on sentait une tumeur grosse comme un œuf semblant comprimer le col de la vessie.

Pollakiurie, ténesme (vessie irritable). — La miction fréquente s'accompagne le plus souvent d'épreinte douloureuse, et ces deux symptômes sont rarement isolés puisqu'ils reconnaissent la même cause.

Ces deux symptômes, pollakiurie et ténesme, s'accompagnant d'urines claires et normales, ou légèrement troubles, mais non purulentes, caractérisent la « vessie irritable », qui est très fréquente chez les fibromateuses.

Parfois la pollakiurie et le ténesme n'apparaissent qu'au moment de la congestion menstruelle pour disparaître dans l'intervalle des règles. Mais on voit aussi des fibromateuses, dont l'âge des règles est passé, chez qui éclatent les symptômes de la vessie irritable.

Il ne faut pas confondre la vessie irritable avec la cystite. Si les sensations éprouvées par les malades sont les mêmes que dans la cystite, il y a cette différence capitale que, dans la cystite, les urines sont purulentes, qu'il y a infection, tandis qu'elles sont claires et normales dans la vessie irritable; elles sont parfois troubles, mais ce trouble tient à du mucus, ce n'est pas du pus.

On a donné à la « vessie irritable » une origine nerveuse; on l'a attribuée à un processus inflammatoire chronique du col vésical, à sa compression. Aucune de ces causes n'est établie.

Que le fibrome soit petit ou gros, qu'il comprime ou ne comprime pas, si on complète, par l'examen cystoscopique, l'examen clinique de ces malades ayant pollakiurie et ténesme, on trouve alors et d'une façon constante une hyperémie anormale du bas-fond vésical, surtout au voisinage de l'urètre. C'est la congestion décrite par Zukerkandl. Cette hyperémie, dit Jacobs, augmente la sensibilité spéciale et en conséquence l'irritabilité réflexe de la vessie. C'est certainement la cause principale, sinon unique, de la vessie irritable, que Dacheux appelle *cystopathie hyperémique*.

Hématurie vésicale. — L'hyperémie du bas-fond vésical peut par son intensité arriver à produire une hématurie. C'est là toutefois un accident très rare, dont il n'existe que très peu d'observations. Zukerkandl paraît avoir rapporté la première; les médecins traitants avaient pensé à une tumeur de la vessie. L'examen cystoscopique montra qu'il n'y avait point de tumeur, mais que les vaisseaux du bas-fond vésical étaient très dilatés.

Loumeau a publié, dans les *Annales de la Policlinique de Bordeaux*, en 1901, sous le titre : *Fibrome utérin simulant une tumeur de la vessie*,

une intéressante observation d'hématurie vésicale au cours d'un fibrome de l'utérus.

L'examen cystoscopique montra, à la partie postéro-supérieure de la cavité vésicale, une volumineuse tumeur recouverte par une muqueuse congestionnée, mais non hérissée de saillies irrégulières. Loumeau décida de pratiquer la taille hypogastrique, qui lui fit voir une vessie très congestionnée dans toute son étendue et lui permit de porter le diagnostic exact; il n'y avait pas de tumeur vésicale, pas d'ulcération, pas de dilatation variqueuse, mais un fibrome utérin coiffé de la face postérieure de la vessie. Il ferma la vessie complètement et la malade guérit de son opération, de sa pollakiurie et de son ténesme, et les hématuries disparurent.

La malade de Hartmann, âgée de 36 ans, avait depuis cinq mois de fréquentes envies d'uriner, sans douleur, et présentait, depuis six semaines, *une hématurie* persistante. La vessie admettait facilement 200 grammes de liquide, mais ce liquide revenait sanglant à la fin de son évacuation.

Le toucher bi-manuel faisait sentir, dans l'épaisseur de la cloison vésico-utérine, une petite tumeur dure, arrondie, indolente, du volume d'une bille, faisant saillie dans la vessie. Diagnostic : myome vésical. Taille hypogastrique, l'examen de la face interne de la vessie montre qu'il n'existe pas de tumeur vésicale, mais que le segment inférieur de la vessie est rouge, granuleux.

Enfin Lauwers cite un cas d'hématurie sans autres détails que ceux-ci : ménorragies et *pertes abondantes de sang par la vessie* (constatées au cathétérisme). Opération le 23 janvier 1903 : fibrome sous-muqueux de 250 grammes. Convalescence et guérison parfaite.

Ces faits, quoique exceptionnels, doivent être cependant présents à l'esprit du clinicien qui se trouve en face d'une hématurie, accompagnée de pollakiurie et de ténesme, chez une fibromateuse.

Cystite. — La vessie des fibromateuses est évidemment toute préparée pour l'infection. Et pourtant la cystite ne paraît pas fréquente dans l'histoire du fibrome utérin. Je parle de la cystite vraie, caractérisée par les trois symptômes capitaux : *fréquence des mictions*, *douleurs en urinant*, *purulence des urines*.

C'est surtout à la faveur d'un cathétérisme que les microbes pénètrent dans la vessie. Aussi la cystite est-elle infiniment plus fréquente chez les rétentionnistes habituelles. Les microbes peuvent aussi venir

d'une infection de voisinage, urétrite, vulvo-vaginite, ou encore de l'utérus lui-même. Dans un cas de Reymond, les germes infectieux provenaient de la cavité utérine infectée au cours d'un traitement électrique.

Il semblerait donc que la cystite dût être plus fréquente chez les femmes dont le fibrome suppure ou est gangréné. Il n'en est rien et j'ai parcouru avec soin de nombreuses observations de suppuration ou de gangrène des fibromes sans voir que la cystite fût particulièrement signalée au nombre des complications.

C'est donc surtout dans la rétention nécessitant le cathétérisme qu'on observera la cystite. Cette cystite n'est généralement pas très grave. En dehors des cas où il existe de la compression urétérale avec dilatation de l'arbre urinaire supérieur, où il y a alors danger d'infection rénale ascendante, la cystite a une évolution générale bénigne et disparaît rapidement après l'hystérectomie.

Cystite gangréneuse. — La cystite gangréneuse est exceptionnelle au cours des fibromes utérins. Cliniquement les phénomènes graves qui la caractérisent sont précédés par de la rétention d'urine. Dans le cas de Vincent on avait retiré, en trois séances de cathétérisme, 10 litres d'urine trouble. La malade de Brin avait depuis quelque temps une extrême difficulté pour uriner; celle de Chardon et Chenais fut prise brusquement d'une rétention avec incontinence, rétention persistante nécessitant tous les jours le cathétérisme. L'urine est, chez la malade de Brin, noirâtre, extrêmement fétide, contenant des lambeaux de muqueuse; les mictions sont extrêmement douloureuses. Au cours de l'hystérectomie on vit une vessie *noirâtre, épaisse, indurée comme du carton*. Après l'hystérectomie, sous l'influence des soins vésicaux, les urines, qui étaient restées purulentes et sales jusqu'au vingtième jour, deviennent claires et la malade guérit.

La malade de Chardon et Chenais avait des urines « filantes, glaireuses, purulentes, alcalines, répandant une odeur infecte de putréfaction. La fin de la miction est toujours troublée par une légère émission de sang franchement rouge. Enfin il arrive souvent qu'avant ou après un cathétérisme des lambeaux de vessie sphacélés pendent à la vulve et entraînent avec eux de petites concrétions calcaires ». Un mois après le début de ces accidents, on trouva dans le lit de la malade, entre ses jambes, une membrane assez épaisse, putréfiée, ayant une odeur infecte, représentant exactement le moule de la vessie, énorme fausse mem-

brane de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. La malade meurt au bout de six mois, d'infection. Elle a une double pyélonéphrite et des abcès multiples dans le poumon.

Ces observations sont très intéressantes, mais ne nous disent pas malheureusement quels étaient les rapports du fibrome et de la vessie, ni comment s'était exercée la compression.

2° Symptômes uretéro-rénaux. — Les symptômes uretéro-rénaux observés chez les fibromateuses se présentent sous divers aspects cliniques, variables suivant l'état anatomique des parties.

Albuminurie. — Ce symptôme constitue un problème clinique délicat à résoudre, car l'albuminurie est parfois une indication opératoire, parfois une contre-indication. La question est donc de trouver une formule permettant de faire la distinction de ces deux cas.

Malheureusement les observations publiées donnent à peine quelques détails cliniques ; beaucoup mentionnent l'albuminurie sans même indiquer le taux de l'albumine ; très rarement on trouve une analyse complète; enfin, dans un grand nombre de cas, il n'est même pas dit combien d'urine la malade émettait par jour.

Voyons d'abord ce que nous apprend l'étude des faits :

La quantité d'albumine est très variable. Elle peut être considérable, 6, 5, 4, 3 grammes par litre. Dans d'autres observations on note les doses variant de 80, 60, 40, 20 centigrammes; dans beaucoup il est simplement ditque l'urine était albumineuse, qu'elle contient des traces d'albumine.

Chez quelques malades l'albumine existait manifestement avant le fibrome. Dans la plupart des cas, sa présence dans l'urine n'a été constatée qu'à l'occasion du fibrome. Cette albuminurie peut exister depuis très longtemps.

La quantité des urines est également très variable. Tantôt il y a de la polyurie (2.600, 2.500, 2.000 grammes par 24 heures) ; tantôt la quantité est normale ; tantôt elle est diminuée (900, 700, 500, 250 grammes et même moins par 24 heures).

Il ne semble pas y avoir un rapport constant entre la quantité d'albumine et la quantité d'urine.

Dans beaucoup d'observations on note une *diminution des éléments normaux*, surtout urée et chlorures. *L'examen microscopique* des urines n'est que rarement indiqué, et ce n'est que rarement par conséquent que l'on a trouvé des cylindres.

Des symptômes très importants et souvent notés sont des *symptômes*

urémiques, plus ou moins graves, crises de dyspnée, vomissements, œdèmes, céphalées avec troubles oculaires, etc.

Que sont devenues ces malades? Sur une quarantaine d'observations, je trouve 18 morts. Parmi ces 18 morts, je relève : 1 mort par *péritonite* (Dubourg) ; 1 par *pneumonie*, trois jours après l'intervention (Vincent) ; 1 pendant l'opération (Lauwers) ; 1 mort par syncope le deuxième jour (Lauwers). Toutes les autres malades sont mortes d'*urémie*.

Delagenière, sur 9 fibromateuses albuminuriques opérées, a 4 morts, une est morte dans le coma, 5 heures après l'opération : la malade urinait 300 grammes avec *beaucoup* d'albumine, elle avait un mauvais état général, de la fièvre, œdème des jambes, œdème du poumon, souffle au cœur. Les 3 autres sont mortes d'urémie, l'une 8 jours, les 2 autres 3 jours après l'opération. Ces trois malades avaient de la *polyurie* (2.000, 2.500, 2.600 grammes), avec 20, 35, 40 centigrammes d'albumine par litre. L'une d'elles avait de *nombreuses cellules rénales* à l'examen microscopique.

A côté des morts par urémie post-opératoire, il est des malades mortes d'urémie sans opération. Telle la malade de Lannelongue, qui urinait 1.750 grammes avec 40 centigrammes d'albumine. État général mauvais, température 38°,4, pouls petit à 120, dyspnée et bouffissure de la face, et qui meurt dans un état de syncope et de délire tranquille.

La mort par urémie dans les fibromes utérins est donc la mort ordinaire des malades dont les reins sont atteints de néphrite interstitielle. Il est rare que, dans des statistiques un peu importantes, on n'en trouve pas un ou plusieurs cas.

L'étude des observations des albuminuriques *qui ont guéri* après l'hystérectomie ne montre pas une grande différence symptomatique avec celles qui sont mortes d'urémie.

Cependant, on trouve davantage ces *albuminuries massives* dans le groupe de celles qui guérissent. Dans la plupart de ces albuminuries massives, il y avait en même temps *oligurie*.

On trouve aussi, chez beaucoup, des signes d'*urémie* : vomissements, dyspnée, céphalées, troubles oculaires, état général mauvais, œdèmes, bouffissure de la face, etc.

Le fait positif le plus intéressant est la *disparition presque immédiate* de l'albumine après l'opération et des symptômes inquiétants, retour de l'appétit, disparition des maux de tête, de dyspnée, etc.

A côté de ces faits, qui sont les plus nombreux, de disparition de l'albumine, il est des observations de guérison avec *persistance de l'albuminurie*. L'albuminurie chez les fibromateuses est un symptôme qui n'a pas la même valeur dans tous les cas, et qu'il faut savoir interpréter.

a) Dans un certain nombre de cas, l'albuminurie est *indépendante* du fibrome. Elle est sous la dépendance d'une néphrite qui évolue parallèlement au fibrome, sans être influencée par lui.

b) Dans d'autres cas, le fibrome peut déterminer une lésion rénale venant aggraver une néphrite indépendante.

c) Enfin, le fibrome peut provoquer une lésion rénale passagère ou persistante, génératrice de l'albuminurie.

Cette division paraît assez fidèlement résumer les opinions émises.

a) Il est très difficile de faire rentrer dans ce groupe telle ou telle observation, à cause de l'insuffisance de détails cliniques. Mais s'il est difficile de prouver, par des observations cliniques, la coexistence chez la même femme d'une néphrite et d'un fibrome, *indépendante l'une de l'autre*, il est très logique de l'admettre. En réalité, je crois que le plus grand nombre des cas de mort par urémie chez des albuminuriques rentrent dans cette catégorie.

Les malades de Delagenière, qui avaient 2.000, 2.500, 2.600 grammes d'urine avec des doses de 20 à 40 centigrammes d'albumine, et qui sont mortes d'urémie post-opératoire, étaient des brightiques que le fibrome utérin n'influençait pas.

Chez ces malades, suivant l'importance de la lésion rénale, le traumatisme opératoire hâtera l'apparition de l'urémie ou bien sera suivi de guérison, mais avec persistance de l'albuminurie.

Dans la plupart des autopsies on a trouvé des petits reins contractés. Or le rein des fibromateuses, et je veux dire par là le rein que le fibrome a rendu malade, est un rein plus ou moins dilaté, parce que, comme nous le verrons plus loin, c'est surtout par compression de l'uretère que le fibrome retentit sur le rein, en produisant d'abord de la dilatation.

Pour Reynier, les lésions rénales chez les femmes munies d'un fibrome utérin sont « la résultante d'un état général qui crée le fibrome, et que le fibrome ne crée pas... Le fibrome est créé par le même état général qui détermine, par artério-sclérose des reins, l'albuminurie ». Il n'a jamais vu disparaître l'albuminurie à la suite de

l'ablation d'un fibrome parce que, le fibrome, enlevé, l'état général et les lésions qui en dérivent n'ont pas de raisons de disparaître ; et il ajoute que cette albuminurie ne pourrait guérir, après l'hystérectomie, que quand elle serait due à un état anémique créé par les hémorragies.

b) Il existe une lésion rénale (néphrite interstitielle par exemple) à laquelle vient s'ajouter une autre lésion rénale due au fibrome.

Dans ce cas, l'ablation du fibrome sera suivie d'une amélioration de l'état du rein par suppression de la lésion surajoutée. Et pour employer les expressions de Delore, l'une constitue la *lésion fixe* (néphrite), l'autre la *lésion mobile* (congestion du rein par compression urétérale).

c) Plus intéressante et aussi plus fréquente est l'albuminurie causée par le fibrome. Quel est son mécanisme ?

Par compression urétérale le fibrome peut agir sur le rein, en déterminant d'abord de la *congestion rénale*.

Expérimentalement on a obtenu l'albuminurie par compression incomplète de l'uretère. Hubert a recherché systématiquement l'albumine dans les urines de lapins auxquels il avait fait une compression incomplète de l'uretère. Dans toutes les expériences, sauf dans une où l'autopsie montra qu'il avait par mégarde lié complètement l'uretère, il a trouvé des doses variables d'albumine, jusqu'à 1 gramme par litre.

Il semble donc qu'on doive toujours trouver de l'albumine chez les femmes dont le fibrome comprime l'uretère. Or Knox nous dit que sur 8 cas de compression modérée, dans lesquels l'uretère, spécialement recherché au cours de l'opération, était trouvé plus ou moins dilaté, il n'y avait *un peu d'albumine que dans un cas*.

Ces différences entre les cas expérimentaux et les cliniques tiennent à ce que dans les expériences la constriction de l'uretère est permanente, tandis que la compression par le fibrome est, le plus souvent, intermittente. Si l'analyse a été faite dans une période de non-compression, l'urine coulant librement, il n'y a plus d'exagération de pression dans le rein et l'albuminurie disparaît. C'est ce qui se passe après l'hystérectomie ; l'uretère redevenu libre, l'albuminurie disparaît très rapidement, le lendemain même, comme dans une observation de Delore et Dauvergne.

Le fibrome, par l'intermédiaire de l'uretère, peut-il déterminer sur le rein une lésion persistante, une lésion fixe, qui survivra à l'ablation du fibrome, une néphrite qui continuera à évoluer ? Ou bien la lésion

rénale, quelquefois très ancienne, qui entretenait l'albuminurie, guérit-elle après l'ablation du fibrome ?

Il est certain, et le fait est expérimentalement démontré, que le rein dont l'uretère est habituellement comprimé, deviendra scléreux, et ainsi une néphrite chronique sera la conséquence d'un fibrome qui comprime l'uretère. Mais il est aussi certain qu'un rein, dont l'uretère est habituellement et depuis longtemps comprimé, peut guérir après l'hystérectomie. Ce fait paraît démontré cliniquement, par exemple par l'observation de Dubourg, dont la malade, après avoir présenté de l'albuminurie massive persistante pendant sept ans, vit disparaître, quelques jours après l'hystérectomie, tout trouble rénal. Cette malade, suivie pendant six ou sept ans, présenta une santé parfaite et n'eut plus d'albumine dans ses urines.

Comme l'admet Delagenière, le fibrome, cause d'*intoxication digestive*, peut encore de cette façon produire de l'albuminurie.

Webster, sur 210 cas de fibromes, trouve les reins plus ou moins malades dans 30 p. 100 des cas. Dans aucun cas, il n'y avait apparence d'une maladie du rein antérieure. Il admet que le fibrome retentit sur le rein de la même façon qu'il agit sur le cœur, c'est-à-dire : par nutrition défectueuse due à l'anémie chronique consécutive aux hémorragies ; par compression des gros vaisseaux ; par intoxication digestive ; par compression des reins, des uretères ou des vaisseaux rénaux, ou encore par irritation réflexe de l'axe cérébro-spinal, ou par irritation du système nerveux sympathique. Webster se demande encore si le fibrome ne produit pas une sécrétion toxique susceptible d'affecter le cœur et les autres organes.

Flek, cité par Webster, a émis l'hypothèse que, dans les fibromes, il pouvait y avoir une sécrétion ovarienne pathologique, capable de déterminer des lésions dans les différents organes. Ce ne sont là que des hypothèses, qui appellent des constatations plus précises. Mais je crois qu'il serait imprudent de ne voir que dans la compression urétérale la cause unique des lésions rénales consécutives aux fibromes utérins.

L'albuminurie, au cours des fibromes utérins, ne paraît pas être *fréquente*. Lauwers, sur 200 hystérectomies pour fibrome, note 4 albuminuries ; Cullingworth : 2 cas sur 100 ; Anna Baltischwiler l'a observée dans 2,5 p. 100 de ses observations ; Boursier, 8 fois sur 200 cas. Jacobs qui, au congrès d'Amsterdam, dit avoir perdu plusieurs malades albuminuriques dans ses premières opérations, ne cite pas un seul cas d'al-

buminurie dans ses 427 dernières hystérectomies. Haultain n'a jamais vu la moindre complication rénale dans les 120 cas qu'il a observés.

On voit par ces quelques statistiques combien il est difficile d'établir le pourcentage exact de l'albuminurie dans les fibromes. On peut seulement en conclure que cette complication n'est pas fréquente.

Diagnostic. — Delagenière divise les fibromateuses albuminuriques en deux groupes : les *albuminuriques vraies*, les *albuminuriques passagères*.

Les albuminuriques vraies, dit-il, sont celles dont les reins étaient déjà atteints avant l'apparition du fibrome ; ce sont des brightiques dont les accidents de compression sont rendus plus graves que chez les malades dont les reins sont sains. Leur résistance vitale est diminuée, parce que l'élimination par le rein des substances toxiques est défectueuse.

Les albuminuriques passagères sont celles chez lesquelles la présence de l'albumine dans l'urine est généralement le résultat d'une intoxication. Albuminurie curable, parce que l'élément anatomique du rein n'est pas atteint. Mais la guérison, pour être possible, ne sera obtenue que si on peut supprimer la cause de l'infection.

Si la malade a des accidents brightiques nettement antérieurs au fibrome, si l'urine est abondante, décolorée, contient peu d'albumine, si on ne trouve aucun accident aigu immédiat soit de compression soit d'infection, il faut en conclure que la malade est brightique et déconseiller l'opération.

Si, au contraire, on ne trouve dans les antécédents que des accidents du fibrome, si l'urine est rare, très albumineuse, s'il y a de la fièvre, des menaces d'urémie, il est fort probable que l'on est en présence d'albuminurie passagère, causée par la compression des voies urinaires ou par intoxication du tube digestif. Alors l'opération est urgente (Delagenière).

L'étude des faits nous apprend que toutes les malades qui sont mortes d'urémie post-opératoire étaient des brightiques. Mais aussi que, parmi celles qui ont guéri, il y avait quelques brightiques qui ont guéri de leur fibrome, mais qui ont conservé leur albumine. L'idéal serait de pouvoir dire en présence d'une fibromateuse albuminurique si l'état de son rein lui permettra de supporter l'opération. Ce n'est malheureusement pas toujours possible en pratique.

Tuffier et de Rouville conseillent de procéder de la façon suivante :

« L'examen de l'urine totale est pratiqué et ses résultats nous donnent déjà sur la dépuration un élément important ; puis cette même analyse est faite sur des fractions urinaires représentant la diurèse nocturne et la diurèse diurne (Nous avons même trouvé une fois que l'albuminurie orthostatique peut exister dans ce cas). Ce deuxième résultat obtenu, nous pratiquons l'épreuve de la chlorurie alimentaire, celle de l'élimination du bleu de méthylène et enfin le dosage des matériaux de l'urine après la mise au régime lacté, à dose fractionnée, d'après la méthode propre au docteur Mauté et à l'un de nous. »

Anurie. — Je ne vise pas dans ce chapitre l'anurie post-opératoire, dont les observations sont relativement fréquentes. Cette complication grave, qui précède la mort de quelques jours ou de quelques heures, survient chez des brightiques peu de temps en général après l'hystérectomie, parfois plusieurs jours après. Chez une malade de Courtin, albuminurique et *lipurique*, l'anurie se montra brusquement 15 jours après l'opération, alors que tout faisait espérer une guérison prochaine, et la malade mourut le lendemain sans avoir rendu une goutte d'urine.

La véritable anurie due aux fibromes est de cause mécanique ; elle résulte de la compression complète et bilatérale des uretères. C'est une complication très rare des fibromes, et Fraysse, dans sa thèse, n'a pu en réunir que six observations.

Exceptionnellement l'anurie survient d'une façon brusque sans qu'il y ait eu le moindre trouble pouvant faire penser à une compression urétérale (cas de Ganzinotti).

Le plus souvent l'anurie est précédée, depuis longtemps, de symptômes non douteux de compression urétérale.

On peut observer aussi, dans l'histoire de certaines fibromateuses, des attaques passagères d'anurie, indiquant une compression intermittente des uretères par le fibrome.

Il est assez remarquable que cet accident soit aussi exceptionnel, étant donnée la fréquence relative de la compression urétérale, compression le plus souvent double. Le fibrome, tumeur dure, comprime l'uretère, ordinairement contre un plan osseux, l'empêchant de se dérober et de s'abriter dans les tissus voisins ; de plus Halbertsma nous apprend qu'un poids de 5 grammes, appliqué sur une étendue d'uretère correspondant à 8 millimètres, suffit pour mettre obstacle à l'écoulement d'une colonne de 400 grammes d'urine.

Il faut donc que l'uretère se défende contre le fibrome, d'une façon

que nous ignorons encore. Dans nombre d'autopsies on a pu voir l'uretère se creuser, dans l'épaisseur du tissu néoplasique, une gouttière qui le met à l'abri, dans une certaine mesure, de la compression complète.

Donc l'anurie dans les fibromes est très rare. Elle met très rapidement en danger les jours de la malade et constitue dès lors une indication opératoire urgente. Le diagnostic en sera très facile : un simple cathétérisme chez une femme qui n'a pas uriné montrera que la vessie est vide et qu'il y a vraiment anurie.

La présence du fibrome, son volume, son enclavement, l'existence d'une dysurie plus ou moins grave précédant l'anurie permettront de supposer qu'il y a réellement compression double des uretères.

Dilatation uretéro-pyélo-rénale. — Les dilatations uretéro-pyélorénales se présentent sous deux aspects, suivant qu'elles sont aseptiques ou infectées.

Hydronéphrose. — Dans certains cas il n'y a pas d'augmentation de volume du rein cliniquement appréciable, et alors il devient très difficile de dépister la compression urétérale. La quantité d'urine peut être normale ou même augmentée.

La douleur rénale peut être nulle et la dilatation est alors une trouvaille opératoire.

Ces cas légers paraissent correspondre à la dilatation urétérale, ce que Knox appelle « Hydroureter ».

Dans ces cas on trouve, au cours de l'opération, un uretère plus ou moins dilaté, parfois très dilaté, gros comme le pouce, et dès que le fibrome est enlevé, on peut voir la vessie se remplir aussitôt et l'uretère se vider. Delagenière a fait cette constatation dans deux de ses observations.

Dans la plupart des cas de Knox de compression *modérée* de l'uretère, on trouva l'uretère dilaté au cours de l'opération ; cliniquement aucun symptôme n'avait pu faire supposer cette dilatation.

Parfois au contraire il existe des symptômes très nets, tels que la *variation* de la *quantité* des urines, les *douleurs* coïncidant avec la rareté des urines, le *soulagement* produit par une débâcle. Il n'est pas rare alors de trouver beaucoup d'*albumine* dans les urines.

En présence de pareils symptômes on pourra diagnostiquer une dilatation urétérale par compression, ou au moins soupçonner la compression urétérale.

Dans d'autres cas il y a véritable *hydronéphrose*, avec augmentation manifeste du volume du rein.

Cette hydronéphrose semble s'établir assez lentement.

La malade se plaint, depuis plusieurs années, de douleurs lombaires survenant par intervalles, sous forme de coliques néphrétiques; les crises douloureuses sont suivies d'une abondante émission d'urine, et disparaissent à la suite de cette débâcle. Le palper lombo-abdominal montre une tumeur ballottante.

L'hydronéphrose peut être double. Alors les troubles urinaires sont beaucoup plus accentués, la dysurie est extrême et la quantité d'urine émise très faible.

Ces observations d'hydronéphrose sont très rares: Doderlein et Sarwey, sur 430 hystérectomies, n'en ont vu qu'un cas ; je parle d'hydronéphroses cliniquement appréciables. Au contraire on peut dire que les petites dilatations de l'uretère et du bassinet sont assez fréquentes, mais alors l'augmentation du volume du rein n'est pas facile à diagnostiquer. On se basera pour établir ce diagnostic, ou pour le soupçonner, sur les symptômes que j'ai indiqués : variations de la quantité des urines, douleurs rénales coïncidant avec la rareté des urines, apaisement après une débâcle, albuminurie. L'exploration de la région rénale permettra parfois de dépister une légère augmentation de volume du rein, qui est en même temps douloureux à la pression.

Dilatations septiques. — Le danger qui menace immédiatement les reins modifiés par la compression urétérale est l'infection, qui le plus souvent est double.

Cette infection peut être post-opératoire et consécutive à un cathétérisme septique.

La pyélonéphrite, l'hydronéphrose suppurée se manifesteront par des symptômes cliniques, dont l'étude permettra un diagnostic facile en général.

Le pronostic est très grave. Mais il ne faut pas conclure cependant qu'une fibromateuse ainsi infectée doive être abandonnée à elle-même. Des exemples de guérison complète par l'hystérectomie sont assez fréquents.

Je rappellerai l'intéressante observation de Pozzi, dont la malade avait une hydronéphrose suppurée contenant un litre et demi de pus épais et verdâtre, et qui guérit après hystérectomie et ponction de la poche suppurée.

Cabot a opéré une femme de 25 ans portant un kyste de l'ovaire et un fibrome utérin. Depuis 6 mois cette femme avait du pus dans les

urines et on avait diagnostiqué pyélite chronique par compression. On lui enleva d'abord son kyste ovarique, puis son fibrome utérin, et elle guérit. Knox rapporte un cas de Kelly de guérison après hystérectomie malgré une pyélonéphrite. On trouva l'uretère droit comprimé par le fibrome, dilaté et adhérent à l'appendice enflammé. Kelly pensa que l'infection s'était propagée de l'appendice à l'uretère.

Dans ces observations, l'infection était unilatérale.

Dans les cas d'infection double des reins, la mort survient, soit sans opération, soit plus ou moins rapidement après l'hystérectomie. La mort survint 8 jours après l'hystérectomie dans un cas de Knox ; il y avait une double pyélo-néphrite.

III. — Traitement.

Les troubles vésicaux, rétention, incontinence, pollakiurie et ténesme, conduisent la malade au chirurgien et sont des indications opératoires d'autant plus nettes que ces phénomènes pénibles disparaissent après l'hystérectomie. Parfois, cependant, la pollakiurie et le ténesme peuvent persister et nécessiter un traitement post-opératoire. Dans ces cas, qui peuvent être très rebelles, Jacobs conseille de n'employer ni lavages ni cautérisations de la muqueuse vésicale. Il propose un traitement dont il a obtenu de remarquables effets : le massage, aidé parfois de l'électricité. Le *massage* se fera au moyen de l'index placé dans le vagin, la pulpe tournée vers le pubis. On massera latéralement l'urètre et toute la portion sensible du bas-fond de la vessie en prenant la face postérieure du pubis comme surface de résistance. Les séances seront assez rapprochées les unes des autres et assez prolongées. Comme elles sont très douloureuses, elles nécessiteront un repos assez long. Il a observé plusieurs cas dans lesquels tout symptôme a disparu définitivement en 2 séances. Le traitement demande parfois de 10 à 12 séances.

Peu de cas résistent à ces traitements combinés. Il a ainsi réussi dans plusieurs cas où avaient échoué les moyens proposés par quelques auteurs : dilatation de l'urètre et du sphincter, lavages, cautérisation de la muqueuse, etc.

Chez une jeune femme à qui j'avais enlevé, en même temps que son utérus fibromateux, les deux ovaires scléro-kystiques et douloureux, la pollakiurie et le ténesme persistèrent après l'opération et disparurent assez rapidement sous l'influence de l'opothérapie ovarienne.

Les autres troubles vésicaux, hématurie, cystite, cystite gangréneuse, sont plutôt des indications opératoires.

Lorsqu'il y a des altérations rénales, la question des indications opératoires est plus complexe.

Dans quels cas doit-on ou peut-on opérer une fibromateuse *albuminurique* ? Dans quels cas faut-il s'abstenir ? Doyen, dans son rapport au Congrès d'Amsterdam, basant son opinion sur les résultats heureux qu'il a toujours obtenus, écrit que l'albuminurie est « non pas une contre-indication, mais une des indications les plus impérieuses de l'intervention chirurgicale ». Contrairement à cette opinion trop absolue, la majorité des chirurgiens admettent avec Jacobs, Delagenière, etc., qu'on doit s'abstenir d'opérer les albuminuriques d'origine brightique. C'est là encore une opinion trop absolue, car il existe des observations évidentes de brightiques qui ont vaillamment supporté l'hystérectomie abdominale. Certes leur néphrite n'a pas disparu après l'opération, l'albuminurie a persisté, les cylindres ont continué à apparaître dans les urines, mais ces malades ont été debarrassées de leur fibrome et des accidents qui en étaient la conséquence.

Il me semble donc qu'on ne doit pas de parti pris refuser les bénéfices d'une intervention utile à des malades, parce qu'elles présentent le phénomène du doigt mort avec un peu d'albumine dans les urines. Tuffier et de Rouville me paraissent avoir posé la question sur son véritable terrain.

L'albuminurie n'est qu'un symptôme qui indique une lésion rénale. Et le vrai diagnostic est d'apprécier l'étendue de cette lésion rénale. L'indication opératoire nous sera dictée par l'examen de la valeur fonctionnelle du rein. Cet examen seul nous permettra, dans la grande majorité des cas, de décider si nous pouvons intervenir.

Ce que je dis de l'albuminurie est également vrai pour l'urémie. Des symptômes urémiques même graves ne sont pas une contre-indication opératoire; parfois au contraire des malades ayant présenté des signes urémiques légers, passagers, avaient un rein très malade, qui fit faillite après le traumatisme opératoire. Une malade de Rochet, qui urinait en moyenne un litre par jour d'urine claire et limpide, sans pus ni albumine, succomba dans le coma urémique deux jours après son opération. Depuis un an cette malade avait présenté à diverses reprises des crises d'oppression violente, qui la forçaient même de se lever la nuit.

Une albuminurie massive avec oligurie et des symptômes urémiques rapidement graves sont surtout causés par la compression urétérale avec altération souvent peu étendue du parenchyme rénal. L'examen clinique seul ne nous permet pas de connaître la gravité de ces lésions du rein. En présence de cette incertitude des données cliniques, Rochet écrivait, en 1893, qu'on doit toujours intervenir, car « de deux choses l'une : 1° ou bien les lésions rénales seront peu avancées, et la malade sera guérie de sa tumeur et peut-être aussi de ses reins décomprimés par l'ablation de cette tumeur ; 2° ou bien les altérations des reins seront trop avancées, et si la mort survient par urémie on pourra simplement dire qu'elle aura été *hâtée* par l'intervention. »

Nous pouvons aujourd'hui préciser notre diagnostic, grâce aux nouvelles méthodes d'examen des fonctions rénales, et par conséquent nous devons préciser aussi nos indications opératoires d'une façon plus scientifique. Mais aussi nous devons dans ces cas, comme le recommandent Tuffier et de Rouville, avec une asepsie rigoureuse conduire notre opération le plus simplement et le plus rapidement possible.

L'*anurie* par compression bilatérale complète des uretères commande dans tous les cas une intervention immédiate ; c'est un véritable étranglement interne, comparable à l'étranglement herniaire. Tuffier put ainsi, par une hystérectomie faite à temps, sauver sa malade que menaçait l'urémie. Si l'hystérectomie ne peut pas être pratiquée pour une raison quelconque, il n'y aura pas d'autre ressource que l'ouverture et le drainage du rein, ainsi que le recommande Knox.

L'infection rénale ne constitue une contre-indication que si elle est bilatérale. Il existe peut-être des observations d'hystérectomie avec guérison malgré une double pyélonéphrite, mais ces observations m'ont échappé.

Dans toutes les observations dont j'ai eu connaissance, la mort est survenue par urémie rapidement après l'acte opératoire. Mais ces cas sont relativement peu nombreux et peut-être ne faut-il pas en tirer une conclusion absolue. Dans certains cas d'infection au début le chirurgien ne sera peut-être pas tout à fait désarmé, et, si l'examen fonctionnel du rein montre que l'organe est susceptible de fonctionner à peu près, il me semble qu'une hystérectomie rapidement et aseptiquement faite peut, en dégageant les uretères, être suivie de guérison. Une pareille tentative me paraît alors justifiée par la gravité d'une double infection rénale abandonnée à elle-même. Elle me paraît aussi justifiée par ce fait, que

l'infection est rarement aussi prononcée d'un côté que de l'autre. Un rein peut être plus ou moins détruit, l'autre au contraire peut être à peu près sain, le pus venant seulement de l'uretère. Il est évident que si l'examen de la valeur fonctionnelle du rein montre un organe insuffisant, on devra s'abstenir.

Au contraire une infection rénale *unilatérale* est une indication pressante de l'hystérectomie. Si l'autre rein est sain, il suffira à assurer l'excrétion urinaire. La conduite à tenir différera suivant les cas. S'il y a pyélonéphrite unilatérale sans rétention de pus, l'hystérectomie seule est indiquée et peut sauver la malade, comme par exemple dans l'observation de Kelly. S'il y a rétention du pus, une hydronéphrose suppurée, il y aura avantage à suivre l'exemple de Pozzi, qui, redoutant les dangers d'une hystérectomie faite dans le voisinage inquiétant d'une poche suppurée, adopta le plan suivant : « Commencer par évacuer le kyste purulent par une ponction aspiratrice, sans espoir d'amener ainsi sa guérison définitive, mais pour maintenir la poche affaissée au moins pendant quelques jours. Profiter de ce répit pour pratiquer l'hystérectomie sans danger de rompre un kyste trop tendu... enfin traiter ultérieurement l'hydronéphrose suppurée. » L'opération fut ainsi conduite et la malade guérit. L'hystérectomie fut pratiquée le 18 septembre 1883, la veille on avait par la ponction retiré un litre et demi de pus de l'hydronéphrose suppurée. Et ce n'est que le 20 janvier 1884, quatre mois après, que, la poche s'étant de nouveau remplie, Pozzi retira par la ponction 2 litres de pus, fit un lavage au sublimé au millième et depuis la malade est restée définitivement guérie.

Enfin, si l'opération est contre-indiquée par l'état trop mauvais de la malade par fonctionnement insuffisant du rein, on pourra tenter de redresser le fibrome de manière à décomprimer les uretères. On pourra ainsi améliorer et même faire disparaître les troubles urinaires. Dans des observations déjà anciennes cette conduite fut suivie par de nombreux chirurgiens. Kidd, Pepper, Hue et d'autres purent, en redressant l'utérus fibromateux enclavé et en le maintenant par un pessaire, faire cesser des accidents urinaires pénibles ou inquiétants. Cette manière de faire est susceptible de rendre des services et parfois de rendre possible à un moment donné une opération qui paraissait d'abord formellement contre-indiquée.

FAIT CLINIQUE

TORSION D'UN UTÉRUS FIBROMATEUX GRAVIDE [1]

Par le professeur **NICOLAS IVANOFF.**

Le 15 janvier 1906 entre à l'hôpital d'Orloff, à Moscou, une femme se plaignant de douleurs vives dans le ventre. Depuis sept ans elle avait remarqué l'existence d'une tumeur.

Pendant les dernières années, cette tumeur avait le volume d'une tête d'adulte, sans que la malade en souffrît d'une manière particulière.

Depuis trois semaines, la tumeur aurait augmenté à vue d'œil, et si rapidement que la malade a de la peine à respirer. En même temps paraissaient des douleurs très vives dans le ventre, qui empêchaient cette femme de vaquer à ses occupations; le séjour au lit même lui était pénible.

Cette femme, âgée de 24 ans, est nullipare. La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de 15 ans; les règles reviennent toutes les trois semaines, durent cinq jours, et ne sont pas douloureuses.

Cette femme s'est mariée au mois de mai 1905; ses dernières règles ont eu lieu le 12 novembre.

C'est une femme maigre, de petite taille, présentant des signes généraux d'épuisement (décoloration de la peau et des muqueuses). Les battements du cœur sont faibles; le foie, la rate et les reins paraissent normaux. L'abdomen présente les dimensions de celui d'une femme qui est au dernier mois de sa grossesse; on sent une tumeur qui a le volume d'un utérus gravide à terme.

A la percussion, sonorité de chaque côté au-dessus de cette tumeur; le fond de l'utérus est à mi-hauteur de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. La consistance de la tumeur est molle, élastique, elle rappelle celle d'un kyste de l'ovaire à contenu colloïde; il existe une fluctuation profonde dans toute la tumeur, surtout au niveau de sa partie supérieure.

Au toucher, le cul-de-sac de Douglas fait saillie; il est rempli par une masse assez molle, unie étroitement à la tumeur, ou peut-être indépendante d'elle. Le col est dévié en avant, son ouverture regarde en bas. Il est dur, non augmenté de volume. Il remonte en haut, derrière la symphyse; le corps de la matrice ne peut être palpé à part.

---

(1) Communication faite à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, mars 1907.

Dans les culs-de-sac latéraux, on sent des pulsations. Par l'auscultation de la tumeur on ne trouve pas les battements du cœur fœtal, pas de bruit de souffle maternel.

Par le palper, on ne sent ni partie fœtale, ni mouvements actifs d'un fœtus.

Ces constatations conduisent au diagnostic suivant :

La femme a une tumeur qui ressemble à un kyste de l'ovaire.

Il y a trois semaines, cette tumeur a subi un changement qui fait penser à la torsion du pédicule. Le kyste a notablement grossi et s'est développé rapidement en provoquant de vives douleurs. En outre, il y a lieu de penser qu'il existe une grossesse de deux mois. L'existence de la tumeur abdominale, son rapide développement, les fortes douleurs qu'elle occasionne, l'épuisement progressif de la malade, tout indique l'urgence qu'il y a à ne pas différer l'intervention et l'ablation de la tumeur. D'ailleurs, ces signes indiquent que la grossesse a peu de chances de continuer et d'arriver à terme. De plus, l intervention paraît d'autant plus indiquée qu'il est impossible d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une dégénérescence maligne de la tumeur.

Incision abdominale de 20 centimètres au niveau de la ligne blanche. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ un verre de liquide séreux. La tumeur apparaît au niveau de l'incision : à sa surface on aperçoit des tumeurs kystiques remplies d'un liquide séreux et qui donnent l'aspect d'un kyste multiloculaire.

Le diagnostic de kyste semble à ce moment confirmé.

En s'orientant, on ne parvient pas à trouver l'utérus. L'incision est alors agrandie, et la tumeur, dégagée de ses adhérences, est plus facile à explorer

Cette tumeur est tordue de 180 degrés autour de son axe. On détord de suite la tumeur. En l'examinant, on constate que de chaque côté d'elle se trouvent un ovaire et une trompe : d'où la conclusion qu'il ne s'agit pas d'un kyste, mais bien de l'utérus.

En examinant la pièce, on constate que le pédicule de torsion est constitué par le col de l'utérus, allongé, tordu de droite à gauche, de telle sorte que le bord droit de la tumeur s'était d'abord déplacé en avant, puis avait atteint le côté gauche, en même temps que l'ovaire droit et la trompe droite se trouvaient à gauche, et, inversement, l'ovaire gauche et la trompe gauche se trouvaient à droite.

Du côté gauche de la tumeur, à sa partie inférieure, on trouve des excroissances du volume d'une grosse orange.

Le diagnostic étant encore incertain, on cherche à le compléter. Pour cela, on fait une incision à la surface de la tumeur : cette première incision, légère, donne lieu à un écoulement sanguin veineux abondant, qui ressemble à celui qu'on observe lorsqu'on sectionne la paroi utérine dans l'opération césarienne, de telle sorte qu'à un moment nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une grossesse près du terme, développée dans une corne d'un utérus bicorne.

Le doigt introduit par l'incision sent les tissus infiltrés du fibrome. L'utérus gravide était tellement adhérent à la tumeur fibreuse et s'étalait sur une telle

étendue qu'on ne put songer à enlever le fibrome seul en conservant l'utérus gravide. On pratique donc l'ablation du fibrome et de l'utérus, on fait la ligature des ligaments larges, des artères utérines — qui sont très développées — ainsi que des veines présentant un développement considérable. On sépare la vessie du col utérin très allongé; amputation supra-vaginale. La trompe droite est enlevée en même temps que l'utérus; l'ovaire droit est laissé en place. Péritonisation, suture de la plaie abdominale.

Après l'intervention, température 38°,5; faiblesse du cœur, pouls 130 à 140. Cinq jours après l'opération, la malade succombe de paralysie cardiaque, malgré les traitements employés.

Examen de la pièce. — Après écoulement du liquide, la tumeur est diminuée de volume et change de forme; elle ressemble à une boule de la grosseur d'un melon d'eau de très grande dimension. Son poids est de 7 kilogrammes. A la partie inférieure de la tumeur, à gauche, se trouvent les excroissances signalées plus haut : c'est le corps de la matrice contenant un œuf avec un fœtus de trois mois. Du côté droit de la tumeur se trouvent les annexes : l'ovaire est atteint de dégénérescence kystique ; la trompe, très allongée, se dirige en arrière vers la matrice. A l'examen microscopique, on constate que la tumeur est constituée par du fibromyome; le péritoine est soulevé par places par des tumeurs remplies d'un contenu séreux. Quelques-unes de ces tumeurs, de la grosseur d'une noix, sont des parties du kyste de l'ovaire.

En résumé, il s'agit d'une femme enceinte de trois mois chez laquelle l'utérus gravide, contenant un volumineux fibrome, s'est tordu sur son axe.

CONGRÈS NATIONAL

DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

5e SESSION — *Alger*, 1er au 6 *avril* 1907.

La 5e session de ce Congrès, qui vient de se réunir à Alger, a attiré de nombreux congressistes ; elle s'est tenue sous la présidence générale de M. le professeur Queirel, président de la section d'obstétrique, la section de gynécologie étant dirigée par le professeur Boursier, celle de pædiatrie par le docteur Guinon. Les séances ont été très suivies. Grâce à l'amabilité de nos confrères algériens, en particulier du professeur Rouvier, secrétaire général, le séjour des congressistes dans la métropole de notre Afrique du Nord ne leur a laissé que de bons souvenirs. Les séances ont été très suivies et personne ne s'est repenti d'avoir franchi la Méditerranée pour s'y rendre. La prochaine réunion aura lieu à Toulouse dans 3 ans, la présidence générale étant donnée à M. le professeur Kirmisson, président de la section de pædiatrie, les sections de gynécologie et d'obstétrique devront être respectivement présidées par les docteurs Hartmann (de Paris) et Rouvier (d'Alger).

SECTION DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Présidents : MM. QUEIREL (Marseille) et BOURSIER (Bordeaux).

PREMIÈRE QUESTION

De la décortication du rein et de la néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie.

F. Piéri (Marseille), **rapporteur** (1).

DISCUSSION. — **Treub** (Amsterdam). — Je n'ai eu l'occasion d'observer qu'un cas d'intervention rénale pour éclampsie. Il s'agissait d'une femme dans le

(1) Voir plus haut, p. 257.

coma, avec oligurie extrême, que je considérais comme perdue et que mon assistant le docteur Slingenberg me demanda d'opérer. Il le fit sous ma responsabilité ; la malade mourut huit heures après l'intervention ; elle serait morte de toute façon ; je n'incrimine donc pas l'opération ; mais je ne crois pas que les faits publiés soient concluants. Une série de malades opérées sont mortes, une de de Bovis a guéri, mais lui-même nous dit qu'il s'agit d'une opération précoce et que la malade aurait peut-être guéri sans intervention ; les trois guérisons d'Edebohls nous viennent d'Amérique et ont peut-être trait à des malades peu atteintes. Rien donc ne démontre l'utilité de l'opération et comme une opération présente toujours un aléa, je ne crois pas qu'on soit actuellement autorisé à préconiser l'intervention rénale dans l'éclampsie puerpérale.

Queirel (Marseille). — M. Treub nous dit que les malades auraient peut-être guéri sans opération et que l'on opère quelquefois trop tôt, mais si l'on attend trop tard on n'aura jamais de résultats, même si l'opération est bonne. Il y a lieu de ne pas trop tarder l'intervention. Notre malade est morte, mais néanmoins j'ai la conviction que sa vie a été prolongée ; la quantité d'urine a augmenté après l'opération, le taux de l'urée s'est élevé ; il est probable que si nous avions opéré plus tôt, nous aurions obtenu un résultat.

Piéri (Marseille). — Les décapsulations et néphrotomies semblent donner des résultats dans le traitement des néphrites ; il est donc indiqué d'y recourir dans l'éclampsie à forme rénale. Les opérées d'Edebohls étaient dans un état grave et elles ont guéri. Il y a dans l'opération une ressource précieuse.

Boursier (Bordeaux). — J'ai eu l'occasion de suivre la malade opérée par Pousson. Il est incontestable que l'amélioration a suivi immédiatement l'intervention et qu'elle était bien déterminée par l'opération. La malade est sortie du coma quelques heures après l'opération et le mieux s'est perpétué jusqu'à guérison complète. Nous voyons, du reste, tous les jours des améliorations immédiates suivre des néphrotomies pour anurie calculeuse.

Hartmann (Paris). — Je n'ai pas l'expérience des interventions rénales pour éclampsie ; mais puisqu'on a parlé des opérations pour néphrites et pour anurie calculeuse, je crois devoir dire qu'il n'y a aucun rapport entre ces interventions. La néphrotomie m'a donné en général d'excellents résultats dans l'anurie calculeuse, qui est liée à un obstacle à l'évacuation de l'urine ; elle ne m'a rien donné dans les quelques cas où je suis intervenu pour une néphrite aiguë, l'anurie résultant alors d'une lésion épithéliale. Aussi, jusqu'à nouvel ordre, suis-je assez peu tenté d'opérer dans les néphrites aiguës puerpérales.

DEUXIÈME QUESTION

Accidents et complications urinaires au cours des fibromes utérins.

A. Vénot (Bordeaux), **rapporteur** (1).

Discussion. — **Hartmann** (Paris). — A la suite du rapporteur, j'envisagerai

(1) Voir plus haut, p. 287.

successivement les troubles apportés par les fibromes au fonctionnement de la vessie et à celui des reins.

La rétention d'urine, qu'a priori on pourrait croire liée au soulèvement de la vessie par les fibromes développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, est en réalité rare dans cette variété de fibrome. Si je me rapporte à ce que j'ai observé, elle est surtout fréquente dans les fibromes de la partie postérieure de l'utérus, enclavés dans l'excavation sacrée et déterminant la rétention par un processus analogue à celui qu'on voit dans la rétroflexion de l'utérus gravide.

L'hématurie, dont j'ai publié il y a des années un bel exemple, simule absolument les hématuries néoplasiques. Dans mon observation, l'écoulement du sang cessa complètement à la suite d'une taille hypogastrique ; puis peu à peu les fibromes grossirent et je dus pratiquer l'hystérectomie. Ces faits sont très rares.

Au contraire, il est fréquent de voir des malades avoir de la pollakiurie diurne lorsqu'elles sont debout et être au contraire au calme complet lorsqu'elles sont alitées, passant toute la nuit sans la moindre envie d'uriner. Dans de pareils cas, on peut affirmer qu'il n'y a pas de cystite ; il y a, si l'on peut ainsi s'exprimer, une sorte de cystisme diurne, se présentant du reste aussi dans toute une série d'autres affections utérines.

La compression des uretères, sur laquelle a insisté M. Vénot, me semble être très rare. Je ne l'ai personnellement jamais observée; cette rareté s'explique par ce fait que l'uretère est refoulé, déplacé par le fibrome, au lieu d'être fixé et comprimé comme on le voit si souvent dans le cancer du col utérin. Cette compression ne peut guère se produire que dans les fibromes inclus : or ceux-ci sont déjà rares relativement à la masse des fibromes utérins ; de plus, dans tous les cas où j'ai eu à étudier des fibromes inclus dans les ligaments larges, je n'ai jamais observé la dilatation de l'uretère. Il s'agit donc là de faits rares, le nombre de mes observations étant actuellement assez considérable.

J'arrive au dernier point soulevé par M. Vénot : celui de l'albuminurie constatée chez les femmes atteintes de fibromes. Certes il serait intéressant de déterminer les cas où l'albuminurie est liée à la présence même d'un fibrome et ceux où il existe des lésions irrémédiables des reins, de manière à opérer dans un cas, à s'abstenir dans le second. Malheureusement, en pratique ce diagnostic est à peu près impossible; aussi quand l'indication de l'hystérectomie se présente évidente, j'opère sans me préoccuper de l'albuminurie, me contentant de désintoxiquer mes malades par un régime lacté de huit à dix jours avant l'opération. Je n'ai vu qu'une fois une opérée succomber à des phénomènes urémiques. La complication est donc rare et ne doit pas nous arrêter.

Treub (Amsterdam). — Je suis absolument d'accord avec M. Hartmann sur ce fait, que la rétention d'urine ne se montre guère dans les fibromes inclus mais qu'elle existe surtout dans ceux de la face postérieure de l'utérus incarcéré dans l'excavation. Dans ces cas le mécanisme est comparable à celui de la rétention d'urine dans la rétroflexion de l'utérus gravide, dans l'hématocèle du cul-de-sac postérieur avec élévation considérable du col. Dans tous ces cas, que le

col ait été élevé en masse avec l'utérus comme dans l'hématocèle, qu'il ait été relevé par bascule comme dans les fibromes de la face postérieure et dans la rétroflexion gravide, l'urètre n'est jamais comprimé, il reste perméable aux plus gros instruments et la rétention résulte simplement d'un glissement de la paroi postérieure de l'urètre attirée en haut par le col déplacé.

Contrairement à Hartmann, j'attache une grande importance à l'albuminurie. S'il n'existe pas d'accidents menaçants pour l'existence, je m'abstiens, pensant qu'il vaut mieux laisser la malade vivre avec son fibrome que de risquer de la tuer en le lui enlevant.

Verchère (Paris). — Comme Hartmann, j'ai observé bien des fois, et dans les mêmes conditions que lui, la pollakiurie diurne indépendante de tout phénomène de cystite ; je ne sais pas quel est son mécanisme ; ce que je sais, c'est que je l'ai vue deux fois disparaître à la suite du passage de quelques béniqués ; j'ai de même vu une hématurie disparaître après une dilatation du col, suivie du toucher digital de la vessie dans un but de diagnostic.

La rétention d'urine me semble due à des phénomènes congestifs et est comparable à celle qu'on observe dans l'hypertrophie prostatique. Je l'ai vue cesser à la suite de l'action du radium, qui fait cesser en même temps les métrorragies et a très certainement une action décongestionnante. Comme Treub, quand il existe de l'albuminurie, je crois qu'il vaut mieux ne pas s'occuper du fibrome et se contenter d'un traitement médical.

Imbert (Marseille). — Je ferais simplement une remarque à propos des hématuries pseudo-néoplasiques. Il me semble qu'actuellement, avec le cystoscope, rien n'est plus simple que de distinguer une tumeur ulcérée et saignante de la vessie d'une hématurie congestive due à la présence d'un fibrome utérin.

Vénot (Bordeaux). — Je suis d'accord avec M. Hartmann sur la rareté des compressions urétérales, dont l'importance a été très exagérée dans nos traités classiques. A propos de l'albuminurie, j'insiste sur ce fait, que certaines albuminuries sont directement liées à la présence des fibromes et disparaissent immédiatement après l'opération. Il y a donc des cas où l'albuminurie, loin de contre-indiquer l'intervention, la commande. Je répondrai à M. Imbert que le cystoscope n'est pas toujours suffisant pour permettre le diagnostic d'un néoplasme vésical et d'un fibrome. Dans un cas de Loumeau, cet examen avait été fait et avait conduit le chirurgien à porter le diagnostic de myome vésical.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Des rapports des affections gastro-intestinales avec les maladies de l'appareil génital de la femme.

Cerné (Rouen). — On a beaucoup écrit sur les rapports des affections gynécologiques et des troubles gastro-intestinaux. Souvent même on a exagéré l'importance des lésions génitales chez des femmes qui, n'ayant que de très

égers troubles utérins, souffraient surtout de leur état général. Ce sont ces derniers cas qui correspondent à ce qu'on a appelé des métrites diathésiques, guérissant par des traitements balnéaires, qui, dans la réalité, n'agissaient qu'en améliorant l'état général.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existe des cas où très certainement une lésion génitale est le point de départ de troubles gastriques. La radioscopie peut rendre à cet égard des services.

D'une manière générale, dans les ptoses gastriques et dans la station verticale, l'estomac descend souvent jusqu'au pubis, mais on peut le relever facilement avec la main. Chez deux malades, j'ai constaté que ce relèvement était impossible et que l'estomac se trouvait fixé en un point par une adhérence le maintenant au contact de la fosse iliaque. Il s'agissait de malades ayant une lésion annexielle et très certainement un estomac ou tout au moins un épiploon adhérent à cette lésion.

Occlusion intestinale par fibrome utérin enclavé dans le bassin; myomectomie suivie de l'établissement d'un anus cœcal. Guérison.

Vincent (Alger). — Si les complications urinaires des fibromes sont fréquentes, il n'en est pas de même des compressions du côté de l'intestin. Voici un cas intéressant à ce sujet.

A la suite d'une grippe, une femme présente brusquement le tableau clinique de l'occlusion intestinale : arrêt des matières, vomissements, ballonnement de l'abdomen et météorisme; l'examen physique du ventre permet de localiser le siège de l'obstruction à la portion terminale du gros intestin. C'est alors qu'ayant pratiqué le toucher vaginal, je trouve un utérus renversé en arrière et portant à côté de lui une masse qui lui est adhérente.

La laparotomie montre une distension considérable de l'intestin et notamment de l'ampoule rectale, qui occupe pour ainsi dire tout le petit bassin; quant à l'utérus, rétrofléchi, portant au niveau de son fond un petit fibrome, il est facile à redresser et ne contracte pas d'adhérences. En présence de ces faits, j'extirpe le fibrome et je referme, pensant que le cours des matières va se rétablir.

Contrairement à mon espérance, l'occlusion persiste : c'est à peine si, par le sondage rectal, on arrive à évacuer quelques gaz de l'ampoule rectale. Voyant que la fibre musculaire est complètement paralysée, je me décide à fendre le cœcum, qui laisse échapper une quantité énorme de matières, analogues comme consistance au mastic des vitriers, et à établir un anus cœcal.

Les suites opératoires furent excellentes; peu à peu la paralysie intestinale rétrocéda; le cours des matières se rétablit et je pus supprimer bientôt l'anus cœcal.

Deux conclusions me paraissent devoir découler de cette observation assez rare : la compression rectale est due, non pas au fibrome de la portion sus-vaginale du col, comme il est de règle de le dire, mais bien plutôt aux petites

tumeurs du fond de l'utérus qui déterminent sa chute en arrière. Enfin la paralysie intestinale est une conséquence à redouter de la persistance de la compression.

Boursier (Bordeaux). — J'ai eu l'occasion de colliger les observations de compression intestinale par fibrome pour établir la thèse de mon élève Mazet. Nous en avons recueilli 60 et ce sont surtout, comme le disait M. Vincent, des fibromes du fond de l'utérus qui doivent être incriminés.

Si le rectum est de beaucoup le plus souvent atteint, j'ai néanmoins noté un cas de compression portant sur une anse grêle au niveau du détroit supérieur; enfin il peut arriver que l'intestin grêle se trouve étranglé par une bride périutérine qui accompagne le fibrome.

Au point de vue opératoire, averti par crainte de la paralysie intestinale qui ne manque pas de s'établir, je préfère recourir immédiatement à la création de l'anus artificiel, et ce n'est qu'une fois la décongestion effectuée que je songe à opérer la tumeur.

Traitement obstétrical de l'éclampsie.

Goinard (Alger). — Par traitement obstétrical de l'éclampsie, il ne faut pas entendre un traitement systématique applicable à tous les cas. Ce traitement ne doit s'employer qu'après échec des moyens médicaux ou dans les formes très graves, menaçant à brève échéance la vie de la mère et celle de l'enfant, et survenant vers la fin de la grossesse.

L'accouchement artificiel pour éclampsie a été pratiqué huit fois par moi ou mes aides. Dans trois de ces cas, il y avait un commencement de travail spontané, et la manœuvre consista simplement à compléter la dilatation; mais dans les cinq autres cas, le col n'était pas effacé au début de l'intervention. Jamais la dilatation artificielle ne rencontre de difficultés insurmontables, et pourtant la plupart des parturientes étaient des primipares. La méthode employée fut la dilatation bi-manuelle de Bonnaire, sauf dans un cas où l'on eut recours au ballon de Champetier.

Toutes les mères ont guéri, deux enfants sur huit ont été sauvés.

On peut admettre qu'il s'agit d'une série heureuse, que certaines de ces parturientes auraient pu guérir seules par un accouchement spontané précipité; mais, quoi qu'il en soit, les résultats obtenus me paraissent encourageants.

On objecte que l'éclampsie ne guérit pas toujours après l'accouchement et que la gravité de l'intervention n'est pas compensée par la certitude du résultat, mais il n'en est pas moins vrai que l'éclampsie a plus de chances de guérir, une fois la femme délivrée. L'interruption de la grossesse rend donc la guérison plus probable; cela ne veut pas dire que ce soit un moyen infaillible.

Quant aux dangers dont on accuse l'accouchement artificiel, je crois qu'on les a exagérés. On peut a priori redouter le traumatisme obstétrical en lui-même et son influence sur les accès éclamptiques. Le traumatisme de la dilatation artificielle n'est certes pas négligeable; mais il me semble possible d'en

atténuer les risques en la pratiquant prudemment par le procédé de Bonnaire. La crainte d'aggraver les accès éclamptiques par l'intervention me semble excessive, l'amélioration a été au contraire la règle dans les cas que j'ai traités.

Je crois donc pouvoir conclure que :

1° L'accélération, ou la provocation de l'accouchement chez une femme éclamptique à terme, est justifiée dans les formes très graves d'emblée ou après échec du traitement médical.

2° L'intervention peut être profitable à la mère et au fœtus.

3° La méthode de choix est la dilatation bi-manuelle par le procédé de Bonnaire.

Treub (Amsterdam). — J'approuve les conclusions de M. Goinard, sur l'efficacité de la méthode de Bonnaire, mais je modifie légèrement sa technique de la dilatation bi-manuelle en croisant les mains, ce qui donne plus de force.

Queirel (Marseille). — Certes l'efficacité de l'application de la méthode de Bonnaire est indéniable dans certains cas d'éclampsie, mais je crois que M. Goinard est tombé sur une série heureuse. Je trouve qu'il aurait fallu diviser la question. Chez les femmes près du terme ou en travail, la dilatation bi-manuelle est relativement facile, mais il n'en est pas de même lorsque la grossesse est moins avancée, et avant le cinquième mois, on ne peut songer à dilater le col; c'est dans de pareils cas que Morisani a conseillé l'opération césarienne.

D'autre part, le rapporteur n'a pas fait entrer en ligne de compte l'état de vie ou de mort du fœtus; je reconnais pourtant à ce facteur une importance considérable, et je conclurai qu'il faut d'abord s'assurer si le fœtus est à la fois vivant et viable avant de songer à intervenir. Quand le fœtus est mort, la femme guérit sans intervention.

Goinard. — Je ne suis intervenu que vers la fin de la grossesse, alors que le fœtus était viable; plusieurs fois je suis intervenu d'urgence, ne sachant pas si le fœtus était vivant ou mort; avec un fœtus mort j'aurais attendu.

Pessaires à base de charbon végétal.

Rouzier-Joly (Montpellier). — Les ovules glycérinés ont l'inconvénient de fondre en quelques heures, de couler alors au dehors, si la malade ne reste pas couchée, de l'obliger à se garnir comme au moment des règles. L'ovule en charbon végétal, qui peut se préparer à tous médicaments, ne présente aucun de ces inconvénients

---

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. - Imp. E. ARRAULT et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.



DES PROLAPSUS GÉNITAUX (1)

par E. DELANGLADE
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille,
Chirurgien des hôpitaux.

Les conditions étiologiques qui président à leur développement, leur marche presque toujours lente et progressive, la déchéance des tissus dont ils s'accompagnent, la rareté des accidents aigus et la fréquence des complications chroniques qu'ils provoquent, le nombre de leurs récidives après les interventions, me paraissent rapprocher beaucoup plus les prolapsus des éventrations que des hernies, malgré la comparaison de Hart généralement acceptée.

Quels qu'en soient la forme ou le degré, qu'il s'agisse d'un abaissement d'une paroi vaginale (cystocèle surtout) ou des deux, que l'utérus soit abaissé incomplètement ou en totalité, qu'il soit allongé ou non, un fait domine : c'est l'effondrement du plancher pelvien, auquel se joint ordinairement, mais sans une constance absolue, le relâchement des ligaments qui suspendent appareil génital, vessie et rectum.

Une question d'abord : Pourquoi faut-il traiter les prolapsus ?

Ainsi que nous venons de l'indiquer, ils ne sont d'ordinaire pas immédiatement menaçants. Cependant on a noté exceptionnellement des cas d'étranglement.

Ces cas peuvent peser contre l'hésitation que nous pourrions avoir à intervenir sur des femmes âgées.

Ce qui nous déterminera d'ailleurs, c'est la pensée des complications habituelles : 1° locales sur les organes prolabés et les appareils dont ils font partie ; 2° générales sur l'ensemble de l'organisme.

L'utérus prolabé, troublé dans sa circulation, étiré entre un plancher inconsistant et ses ligaments, soumis à des causes multiples d'irritation mécanique, est presque toujours enflammé. Le col est ulcéré et souvent hypertrophié. Les examens histologiques y montrent les

(1) Rapport présenté au *Congrès national de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie*, 5e Session. Alger, du 1er au 6 avril 1907.

lésions microscopiques de la métrite. L'inflammation se propage quelquefois aux annexes.

Quand le prolapsus est irréductible, ce qui est d'ailleurs rare, c'est habituellement du fait des adhérences consécutives à l'ovaro-salpingite.

Du côté de l'appareil urinaire, le retentissement n'est pas moindre. Quand la cystocèle est très prononcée, la vessie se vide mal, s'enflamme et peut contenir des calculs. Varnier a consacré à ces faits un travail devenu classique.

Les uretères et le rein participent souvent à la rétention et à l'inflammation ou présentent isolément cet état. Féré a noté constamment, dans six autopsies de vieilles femmes atteintes de prolapsus ancien, de l'urétéro-pyélo-néphrite avec distension. Ces lésions causent assez souvent des accidents urémiques mortels en dehors ou à la suite d'interventions, ainsi que cela a été malheureusement observé par Fritsch, Bumm et d'autres opérateurs.

Les troubles généraux causés par le prolapsus consistent surtout en phénomènes nerveux d'ordre neurasthénique. M. Duplay y a insisté dans une leçon sur la déchirure complète du périnée et le prolapsus consécutif. Il a montré, comme justification de la relation causale, que les accidents, « dépression morale et physique, sentiment de vide, de faiblesse, découragement, inaptitude au travail, rachialgie ou névralgie iléo-lombaire, asthénie musculaire particulièrement localisée dans les membres inférieurs, troubles circulatoires, palpitations, modifications de la respiration, telles que essoufflements, toux nerveuse, troubles digestifs, dyspepsie gastro-intestinale, etc. », disparaissent dès que la déchirure est réparée.

Cependant une réserve peut être à faire. Les malades qui ont de tels troubles sont sûrement des prédisposées. Et ce qui le prouve, c'est la tolérance de certains sujets pour des prolapsus très prononcés déjà et même complets. On n'est donc pas certain que pour un motif ou un autre, la restauration étant acquise, les malaises ne se reproduiront plus. Et la prudence commande de ne pas trop promettre. Elle s'impose d'autant plus qu'on peut se demander si souvent, ainsi que nous y reviendrons, ce n'est pas justement l'état neurasthénique qui a favorisé la tendance au prolapsus, ainsi que M. Tuffier l'a montré pour le rein mobile, si souvent associé, comme les autres ptoses, aux prolapsus génitaux.

Pour apprécier les nombreuses méthodes que recommandent les auteurs, je vous propose de résumer les moyens de fixité normaux des

organes pelviens, les causes d'insuffisance que révèle l'étiologie et les modifications qu'y montre l'observation.

Le bassin rigide est fermé à son extrémité inférieure par un plancher musculaire et fibreux résistant, mais élastique, contractile et mobile.

Vu par en haut après ablation du péritoine et des viscères, c'est un diaphragme infundibuliforme opposant sa concavité supérieure à la concavité inférieure du diaphragme proprement dit. Deux muscles pairs, revêtus d'aponévroses sur leurs deux faces, le constituent, les releveurs coccy-périnéaux. Très musculaires en avant (faisceaux contractiles du releveur proprement dit), plus tendineux en arrière (faisceaux ischio-coccygiens), ils forment une couche large et continue, sur laquelle reposent les viscères pelviens avec, sur la ligne médiane, des intervalles que traversent, pour déboucher à l'extérieur, les segments rétrécis de ces organes.

Dans son laboratoire, M. Farabeuf la comparait familièrement à une planche à bouteilles, laissant passer les goulots, anus, partie basse du vagin, col vésical, retenant les parties renflées, ampoule rectale, partie haute du vagin avec l'utérus, corps de la vessie.

Mais il faisait observer que ses rapports avec ces viscères différaient beaucoup. Seul, le rectum a un orifice distinct, étroitement cerné par les fibres du releveur, qui s'attachent en arrière sur la pointe du coccyx et le raphé coccy-anal, en avant sur le raphé pré-anal et qui, latéralement, adhèrent au rectum, « quelques-unes s'y arrêtant sans doute et se mêlant à celles du bord supérieur du sphincter ». Au contraire, à la vessie et au vagin correspond une fente commune de 3 à 4 centimètres de large, limitée latéralement par les faisceaux internes antéro-postérieurs les plus puissants du muscle, en arrière par l'insertion d'un certain nombre d'entre eux au raphé pré-anal, en avant par la face postérieure des pubis dans l'intervalle de leurs attaches; ces faisceaux longent donc le vagin, le sanglent latéralement et en arrière, pouvant y produire, le dynamomètre l'atteste, une pression de 12 à 15 kilos! (Farabeuf) (1). La vessie repose sur la partie antérieure de la fente et ne reçoit du releveur qu'un soutien latéral.

Sur la ligne médiane même existe donc une partie faible. Le plancher uro-génital assure en ce point l'occlusion du bassin. Tendu entre les branches ischio-pubiennes, il constitue, comme dit Farabeuf, « un

(1) *Les Vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires*, p. 32.



fond à l'espèce d'auge formée par les faisceaux antérieurs des releveurs » et n'est interrompu que par les conduits ural et génital accolés ou réunis. Deux feuillets le constituent, suffisamment écartés à leur partie moyenne, pour engainer le premier travers de doigt du vagin avec une longueur égale de l'urèthre et contenir, dans leur intervalle, le muscle transverse profond du périnée, du tissu conjonctif et graisseux ainsi que les vaisseaux et nerfs honteux internes. C'est ce plancher qui soutient la vessie et qui fixe fortement par en bas le vagin, donnant à son abouchement à la vulve une rigidité plus grande qu'au reste du conduit. Le feuillet supérieur remonte sur le vagin et l'urèthre et se perd insensiblement sur leur paroi externe. La face superficielle du feuillet inférieur fournit appui et gaines aux bulbes, aux corps caverneux et aux muscles qui y sont annexés.

Entre l'anus et la vulve, par suite de la direction différente des deux conduits, ces parties prennent un développement plus grand. Cette région, que l'on nomme le périnée, quoique anatomiquement elle n'en représente qu'une faible partie, est constituée par le segment antérieur du sphincter, le transverse superficiel, la partie postérieure des bulbes et bulbo-caverneux formant le sphincter de la vulve, tout en haut par les insertions des releveurs au raphé pré-anal.

Normalement, le corps périnéal se présente épais et haut, triangulaire à la coupe, et contribue à donner à la paroi postérieure du vagin sa direction oblique en bas et en avant, qui l'applique à la paroi antérieure et rend virtuelle la cavité du conduit.

Portés par ce plancher, les viscères pelviens sont, en outre, suspendus par des ligaments. Les uns représentent en quelque sorte un prolongement de l'organe, tels les pubo-vésicaux qui émanent, muscles et tendons, de la couche musculaire de la vessie, tel l'ouraque, vestige de sa communication avec la vésicule allantoïde, tels les faisceaux musculaires, qui, partis de l'utérus, vont soulever le péritoine et contribuer à former les ligaments ronds et utéro-rectaux.

Les autres, fibreux, sont plus importants encore.

La disposition du tissu conjonctif pelvien est entièrement commandée par les vaisseaux auxquels il forme une « couverture mal tissée, irrégulièrement tissée, ici aponévrose, là toile d'araignée » (Farabeuf). On la retrouve à chaque pédicule, appliquée contre l'aponévrose pariétale quand artères et veines y sont elles-mêmes accolées, soulevée en méso quand elles traversent l'excavation. La vessie se trouve de la sorte

« comprise entre les deux feuillets d'un trop long bonnet pointu aplati, ayant le sommet fixé à l'ombilic et les bords tenus à distance par les vaisseaux ombilico-vésicaux ». L'utérine et la vaginale longue sont tapissées par une tente fibreuse qui limite le pied du ligament large, dont le feuillet antérieur va se continuer avec celui qui tapisse la face postérieure de la vessie, et dont le postérieur, sacro-recto-vaginal, va s'attacher au sacrum et au coccyx.

Les utéro-sacrés en sont un épaississement; l'infundibulo-pelvien n'est lui-même autre chose que le pédicule ovarien avec sa gaine propre augmentée de fibres musculaires.

Cette disposition du tissu conjonctif péri-vasculaire et des vaisseaux joue un grand rôle dans la statique des organes du bassin. Imbert et Piéri ont montré que les vaisseaux du vagin et le feuillet que leur fournit la gaine hypogastrique constituent le véritable moyen de fixité du vagin, celui que l'on ne peut décoller et qu'il faut nécessairement sectionner aux ciseaux, et qu'ainsi les bords latéraux du conduit offrent à l'extirpation une résistance qui ne se trouve pas au niveau des deux faces.

Ainsi portés et suspendus, les viscères pelviens présentent une certaine fixité. Normalement, la vessie et le vagin se distendent sur place mais ne sont que très peu mobiles. Il n'en est pas absolument de même de l'utérus, auquel on peut imprimer des mouvements antéro-postérieurs, une bascule autour de l'isthme, un certain degré d'élévation et qu'on peut abaisser à la vulve. Le point le plus fixe est l'isthme, par suite de ses attaches au vagin fixe lui-même et aussi par suite de la présence de l'utérine et de sa gaine.

Cette rapide esquisse montre la prééminence de l'appareil de sustentation sur l'appareil de suspension.

Les causes du prolapsus sont d'ailleurs celles qui favorisent le relâchement du plancher. De tout temps on a reconnu le rôle prépondérant des grossesses et des accouchements répétés. Sur 39 cas de prolapsus complet, Liebmann (1) ne compte que 3 nullipares, soit 7,69 p. 100; sur 114, Scanzoni en relève 15, soit 13 p. 100; sur 174 cas, Weinberg 6, soit 3,4 p. 100; Winter a trouvé une proportion moindre encore, soit 2,5 p. 100. La distension, au moment de l'accouchement, d'un plancher pelvien modifié du fait de la grossesse suffit, surtout lorsque cette action

(1) Cité par Stepkowski, *Revue de Gynécologie*, 1898, p. 791.



s'est reproduite maintes fois à intervalles rapprochés, à l'affaiblir, au point de ne lui plus laisser son rôle de soutien. Dans d'autres circonstances il s'agit d'un traumatisme extrinsèque (1) causé par quelques manœuvres, forceps, version, etc., exécutées dans de mauvaises conditions.

Dans tous ces cas, les déchirures du périnée ont été extrêmement incriminées ; j'emploie, bien entendu, ce terme dans son sens habituel, périnée clinique compris entre la vulve et l'anus. De fait, on trouve toujours, chez les femmes atteintes de prolapsus complet, un corps périnéal réduit dans ses dimensions antéro-postérieures et verticales, réduit surtout dans sa tonicité. Cependant, je crois que c'est une lésion secondaire pour deux motifs : par un hasard peut-être — hasard singulier en tout cas — dans aucun des prolapsus complets assez nombreux que j'ai vus il n'y avait déchirure complète du périnée. Par un hasard non moins singulier, aucun des cas de déchirure complète que j'ai eu à traiter ne s'accompagnait de prolapsus complet. A l'infirmité pénible de l'incontinence des matières ne se joignaient ni la chute de l'utérus, ni cystocèle, ni rectocèle.

Je ne conteste pas, bien entendu, la coïncidence possible des deux lésions. Mais les faits que j'ai vus m'ont empêché de croire à leur rapport de causalité, au degré du moins où cela s'enseigne. C'est par eux que l'on est amené à rechercher systématiquement ailleurs la lésion originelle du déplacement et à la trouver régulièrement au niveau du *périnée anatomique*, diaphragme pelvien et plancher urogénital; l'atrophie du périnée clinique pouvant s'expliquer d'ailleurs, soit par des lésions concomitantes accessoires, soit par la distension constante que lui font subir les organes prolabés. Il y a longtemps, d'ailleurs, que Skene de New-York a insisté sur la possibilité, au cours de l'accouchement, de ruptures sous-tégumentaires du sphincter de la vulve ou des releveurs, en même temps qu'il admettait une sorte de paralysie post-traumatique de ce dernier muscle consécutivement à un état inflammatoire du petit bassin.

Cela ressort plus encore de l'étude du prolapsus chez les nullipares, atteintes dans la proportion que nous avons vue plus haut.

On a surtout incriminé chez elles des malformations et des efforts. La malformation est absolument évidente dans un certain nombre de

(1) SCHATZ, *München. Med. Wochenschrift*, 1903, n° 44.

faits congénitaux ayant apparu, soit à la naissance, soit dans les premiers jours ou premières semaines.

Ceux de Quisling (1), Schaëffer (2), Hanssen (3), Heil (4), Krause (5), Mac Vicar (6), Doléris (7) s'accompagnaient de *spina bifida*; l'état du plancher pelvien n'a pas été, que je sache, expressément décrit dans ces cas, mais on sait le retentissement des malformations de l'axe cérébro-spinal sur le développement des segments métamériques, particulièrement sur les muscles. Or il y avait justement, dans plusieurs cas que nous venons de citer, coïncidence de pieds bots et, dans l'un d'entre eux, paraplégie des membres inférieurs; dans un autre, réductible mais incoercible, il y avait léger prolapsus de la muqueuse rectale par béance de l'anus et incontinence à peu près complète des matières fécales.

Pour n'être pas aussi manifeste et démontrable, la malformation peut être la cause de prolapsus survenus beaucoup plus tard, plus particulièrement de ceux qui suivent l'établissement de la puberté. On ne sait pas avec précision le vice ou arrêt de développement qui permet la descente tardive, comme on sait pour les hernies inguinales congénitales le rôle essentiel du canal vagino-péritonéal, mais on peut penser qu'il existe dans un certain nombre de faits. C'est ainsi qu'on a souvent remarqué que l'utérus présentait de l'infantilisme avec très petit corps anté ou rétrofléchi et long col. Récemment Sütter (8) a publié un fait remarquable. La cavité mesurait 3 centimètres au moment de l'opération pour la récidive (il y avait eu amputation du col lors de l'intervention). J'ai eu en 1899, au cours d'une suppléance dans le service de mon maître Queirel, un cas identique et suivi d'ailleurs, comme celui que je viens de citer, d'une nouvelle descente de matrice presque immédiatement après le lever, malgré une colporraphie et une colpo-périnéorraphie extrêmement larges accompagnées de raccourcissement des ligaments ronds; un cas de Prochownick est plus suggestif encore, car le pro-

---

(1) Quisling, *Centr.bl. f. Gyn.*, 1890.
(2) Schaeffer, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXVII, n° 2.
(3) Hanssen, *München Med. Woch.*, 1897, p. 1010.
(4) Heil, *Arch. f. Gyn.*, p. 48.
(5) Krause, *Medicina*, n°s 3 et 4, 1897.
(6) Mac Vicar, *Scott. Med. and Surg. Journ.*, 1898, vol II, n° 1.
(7) Doléris, *Bull. et Rev. Soc. Obst. de Paris*, 1898, p. 115.
(8) Sutter, *Münch. Gyn. Gesellschaft.*

lapsus total était formé par un utérus double dont chaque cavité mesurait 7 cm. 5.

Chez d'autres sujets, ce qui frappe, c'est la présence d'un trouble de nutrition générale. On a noté des prolapsus survenus chez des sujets rachitiques (Veit, Fritsch, etc.). Peut-être dans les cas de ce genre, la déviation pelvienne agit-elle dans une certaine mesure mécaniquement, par modification de la pression abdominale et surtout du sens où elle s'exerce; mais comment ne pas se rappeler l'altération profonde que le rachitisme fait subir aux tissus musculaire et conjonctif, et notamment l'état de la paroi abdominale des jeunes sujets atteints de cette affection, leurs grands droits grêles et écartés, leur ligne blanche élargie et affaiblie au point de simuler dans l'effort une éventration véritable, les hernies, ombilicales surtout, qui s'y observent, et comment ne pas penser dès lors que les mêmes altérations et les mêmes conséquences peuvent se produire au niveau du pelvis ?

On est d'autant plus porté à le penser que d'autres affections générales, pouvant laisser des traces sur tout l'appareil locomoteur, ont été notées dans les antécédents des prolapsus : ainsi la fièvre typhoïde, par M. Reynier.

Mais de beaucoup la plus importante, c'est un état chronique de déchéance générale des tissus, sur lequel M. Tuffier a insisté à propos des reins mobiles, M. Glenard à propos de l'entéroptose et que M. Richelot rattache au neuro-arthritisme. En fait, on rencontre quelquefois simultanément déplacement du rein, de l'intestin, des organes génitaux chez la même malade, qui est en même temps neurasthénique et variqueuse. Il y a là un facteur d'ordre capital et qui peut influencer grandement l'évolution, soit parce que la lésion traitée récidive, soit parce que d'autres lui survivent, avec des troubles d'autant plus pénibles que l'état général de la malade les lui fait plus vivement ressentir.

Nous n'avons eu encore en vue que des conditions diminuant la résistance des moyens de contention des organes génitaux et causant par conséquent des éventrations ou, si l'on veut, des hernies de faiblesse. Ne peut-on trouver à ce niveau des hernies de force, causées par une brusque augmentation de la pression abdominale ?

Tous les auteurs le disent. Trélat insistait sur le rôle de l'effort et la douleur caractéristique qui marque en certains cas le début du prolapsus. Martin a constaté en pareille occurrence de l'hématome intra-ligamen-

taire. Mundé (1), Villemin (2), Miranda (3), Collaghan (4) ont cité des faits où le prolapsus serait survenu à l'occasion du soulèvement de fardeaux. Mac Clintock, 3 cas où il aurait succédé à des efforts de défécation excessifs dus à des rétrécissements organiques du rectum. Cependant MM. Labadie-Lagrave et Legueu admettent que : « la distinction entre les prolapsus de faiblesse et les prolapsus de force est absolument théorique. Tous les prolapsus sont, à vrai dire, des prolapsus de faiblesse, aidés, hâtés, déterminés par un effort brusque ou des efforts répétés. » Winter dit de même et ajoute qu'une rente n'est due, après un prolapsus par effort, que si l'on peut prouver qu'auparavant aucune incommodité n'existait.

Il est certain que dans l'immense majorité des cas le développement du prolapsus est lent et insidieux et que l'on trouve à l'examen clinique et opératoire de vieilles altérations.

Le rôle de l'augmentation de la pression abdominale, malgré un bon plancher, est cependant mis en évidence dans les prolapsus dépendant des tumeurs abdominales. MM. Duplay, Terrier, Pozzi et Boursier ont guéri des prolapsus par l'ablation de kystes de l'ovaire qui les avaient provoqués. J'ai eu un cas semblable (prolapsus complet), et bien que je n'aie pas eu recours à l'hystéropexie, comme l'a fait récemment E. Curti (5) en pareille occurrence, la guérison s'est maintenue depuis cinq ans et demi, malgré une nouvelle grossesse menée à terme sans incident l'année qui suivit l'opération.

L'anatomie pathologique comporte l'étude :

1° Des défectuosités de la paroi pelvienne ayant permis le prolapsus;

2° Des parties prolabées.

Nous nous sommes suffisamment expliqué plus haut sur l'état du périnée, nous n'y reviendrons pas.

L'orifice vulvaire est, dit-on, béant, même quand le prolapsus est réduit. Certes quand il s'agit de prolapsus complet. Mais aux périodes initiales il paraît fermé, même quand la femme est en position de la taille, et il ne s'entr'ouvre que lorsqu'elle pousse. On se rend facilement compte ainsi que sa béance est le résultat, non la cause de la chute

(1) Mundé, *Ann. de Gyn et Obst.*, février 1888.
(2) Villemin, *Gaz. Hebd. Méd. et Chir.*, 1900, n° 5.
(3) Miranda, *Arch. di O. e Gin.*, 1901.
(4) Collaghan, *Verhandl. des Brit. Gesell. f. Gyn.*, 11 décembre 1902.
(5) E. Curti, *Il Raccoglitore Med.*, 1896, n° 12.

des parties, au même titre que la distension du scrotum dans une hernie inguinale.

Les plans profonds ont été peu étudiés au cours des autopsies. MM. Duplay et Chaput ont seulement noté la pâleur, l'amincissement, l'atrophie du releveur comme des autres muscles.

Voici ce que l'observation nous a permis de constater :

Cliniquement, le releveur, que nous n'avons jamais réussi à palper à l'état normal, s'est révélé à nous dans les cas de prolapsus complet après réduction, comme un repli falciforme longitudinal plus ou moins saillant, se détachant de la paroi pelvienne et susceptible d'être accroché par l'index glissant de haut en bas ou de bas en haut au niveau de la surface quadrilatère de l'os iliaque. On a là une sensation comparable — toutes proportions gardées — à celle que donne le bord interne du grand droit de l'abdomen dans les éventrations de la ligne blanche. C'est lorsque je l'obtins que je me décidai à suivre la pensée que m'avaient inspirée les travaux de mon maître Farabeuf, c'est-à-dire à aller chercher le bord interne du muscle, pour le rapprocher de celui du côté opposé et les suturer l'un à l'autre sur la ligne médiane.

Au cours de l'opération on est frappé, en effet, de l'écartement qui existe entre ces muscles et qui est naturellement égal à celui de toute la largeur de la partie prolabée, c'est-à-dire, dans les prolapsus complets, d'un travers de main environ. Cet écartement existe, dans ces conditions, non seulement en avant, où il représente l'exagération d'un état normal, mais en arrière, entre la vessie et le rectum, là où physiologiquement des fibres s'insèrent au raphé pré-anal. En même temps qu'il abandonne la ligne médiane, le muscle remonte et tend à se rapprocher de l'arcus tendineus, ce qui le rend moins accessible encore. Aussi est-il arrivé à maint chirurgien de ne pas le trouver. Pour ne pas le manquer en avant, il faut décoller sur une très grande étendue la vessie et le vagin, à l'aide d'une incision transversale, et le chercher près de la paroi pelvienne, immédiatement contre elle, l'isoler à la sonde cannelée, au besoin après l'avoir répéré avec le doigt. Si, comme il arrive, on a, au cours de ce clivage, fait saigner un des vaisseaux qui se rendent au bas-fond vésical, il convient de se rappeler qu'ils occupent la région sus-jacente au releveur, et que c'est par conséquent au-dessous qu'il faut chercher le muscle. Avec ces précautions, on arrive à le saisir, même atrophié, ce qui n'est pas rare, mais ce qui est beaucoup moins commun qu'on ne le croirait. Je n'ai échoué qu'une

fois, lors de ma troisième myorraphie, et probablement par insuffisance du décollement. En arrière, l'écartement est moindre et les muscles sont plus superficiels, aussi la recherche en ce point est-elle notablement plus simple.

L'aponévrose moyenne dissociée ne s'est jamais montrée à nous nettement reconnaissable, au cours des interventions; sans doute on trouve, au-dessous de la couche du releveur reconstitué, du tissu conjonctif lamelleux, qui doit en représenter le vestige, dont la suture a sans doute un rôle adjuvant utile, mais qui ne suffirait certainement pas à maintenir les parties. D'ailleurs, dès que le diaphragme musculaire est fermé, si la malade pousse en raison d'une narcose insuffisante, la vessie et le vagin restent immuables au-dessus.

Les organes prolabés sont, d'après la statistique de Gotz portant sur 243 cas, dans la proportion suivante :

Descente primitive du vagin.	72,6 p. 100
Descente primitive du vagin avec prolapsus secondaire de l'utérus.	24,8 —
Prolapsus primitif de l'utérus	2,6 —

L'abaissement de la paroi antérieure est beaucoup plus commun et beaucoup plus accentué que celui de la paroi postérieure. D'après Cruveilhier, il serait toujours primitif. La partie latérale résiste longtemps, ce qu'expliquent les attaches des vaisseaux vaginaux et de leur gaine. Même dans les cas extrêmes de prolapsus complet, cette résistance n'est pas complètement vaincue, ainsi qu'en témoignent la forme et la direction de la partie herniée. Elle n'est pas constituée, en effet, par un simple retournement du vagin ayant en son centre l'orifice utérin. Elle suit, en se développant, une trajectoire fortement courbe, qui porte l'orifice utérin très en arrière au voisinage de l'anus, la paroi antérieure du vagin s'étant toujours, dans ces cas, extrêmement amplifiée sur place.

Son aspect chagriné, sa surface rude prédominant sur la face antérieure, les ulcérations du col sont trop connues pour nous arrêter.

La vessie, directement appliquée à la paroi antérieure, lui adhère intimement sur la ligne médiane, d'autant plus lâchement qu'on se rapproche plus des parois pelviennes. Le rectum n'a que des rapports de contiguïté. Son clivage est extrêmement facile. Tous les auteurs disent : la cloison recto-vaginale est réduite aux deux muqueuses. Rien n'est plus vrai. La dissection montre souvent la couche musculaire

entièrement dissociée. Il faut se rappeler cette disposition, pour éviter de traverser la muqueuse avec l'aiguille, car les points perforants causeraient des fistules.

Le péritoine est souvent entraîné en avant; son cul-de-sac descend souvent au-dessous des attaches vaginales. Parfois, au contraire, l'hypertrophie du col le rend difficilement accessible. En arrière il se rapproche toujours du périnée. Mais cet abaissement, à la cure duquel certains auteurs se sont attachés, bon à retenir en tout cas si l'on ne veut pas faire, à son insu, une opération intra-péritonéale, cet abaissement nous paraît secondaire. Nous n'avons jamais vu un *sac* et rien ne nous a porté à croire à une hernie proprement dite, analogue à ce que Zuckerkandl et Ludlow ont décrit pour les prolapsus du rectum.

L'utérus abaissé est souvent allongé et souvent dévié. On sait que, pour Huguier, le prolapsus n'était d'ordinaire qu'une apparence, que l'hypertrophie du segment sus-vaginal suffisait à faire croire à un déplacement qui n'existait pas, ou tout au moins à en être le point de départ. L'observation et les résultats thérapeutiques condamnent cette hypothèse. Quant à la déviation — rétroversion habituelle — elle a été invoquée comme condition fondamentale, l'utérus ayant besoin, dit-on, de redresser l'angle qu'il fait dans le vagin pour s'y engager. Cette interprétation ne nous paraît pas non plus conforme aux faits. Il ne s'agit pas, en effet, d'une bascule de l'utérus autour du col comme centre, mais d'un entraînement du col lui-même en avant et en bas, sous la traction de la paroi vaginale antérieure.

Les MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES proposées pour le prolapsus sont orthopédiques ou opératoires.

Les *pessaires* restent employés par quelques chirurgiens. C'est ainsi qu'Andersch, en donnant une statistique importante d'interventions personnelles (344), fait remarquer qu'il n'opère qu'un nombre relativement restreint des femmes qui le consultent, et qu'il a placé des pessaires chez 71,4 p. 100 de celles de sa pratique hospitalière et chez 96,9 p. 100 de celles de sa pratique privée. M. Terrier condamne absolument ce moyen et n'y recourt jamais. La plupart des chirurgiens et des gynécologistes suivent, je crois, son exemple. En effet, ce ne saurait être qu'un palliatif.

Dans certaines rétrodéviations, on peut espérer et on voit quelquefois que, l'involution utérine étant favorisée par la position rectifiée,

les femmes puissent, au bout de quelques mois, être assez améliorées pour être en état de se passer de l'appareil. Mais lorsqu'il y a insuffisance du plancher pelvien, l'application d'un anneau, quelle que soit sa forme, ne peut que distendre davantage encore les parties, et le soulagement momentané est acheté au prix d'une aggravation anatomique. Il faut prendre des numéros de plus en plus gros, jusqu'au moment où aucun ne sert à rien, à moins que, comme dans une observation récente, il se fasse au-dessous un rétrécissement de la vulve et du vagin, obligeant à briser le pessaire pour le retirer. Mais ce n'est pas là une solution avantageuse, car Nœf(1), qui relate ce fait, mentionne en terminant une récidive.

A côté de l'inefficacité curative, à côté des dangers mécaniques d'élargissement de l'éventration, restent ceux bien connus d'irritation et d'inflammation, dus au séjour d'un corps étranger forcément septique. Aussi pensons-nous que leur usage continuera à se montrer de plus en plùs restreint.

Les *hystérophores*, qui peuvent rendre, paraît-il, des services chez les femmes pour lesquelles il y a contre-indication formelle à faire quoi que ce soit, n'ont également que bien peu d'indications.

Le *massage* a été préconisé par Sielski (2) et par Stroynowski (3). Mais Pawlik (4) l'a essayé sans succès et cela se conçoit. Que tout ce qui peut favoriser la tonicité des muscles du plancher, d'une part, la décongestion des organes pelviens, d'autre part, soit très recommandable, cela est évident. Mais que feront ces manœuvres vis-à-vis d'une aponévrose moyenne dissociée et de releveurs écartés. Aussi, de nouvelles observations ne sont-elles pas fournies. Et la méthode, croyons-nous, est loin de gagner du terrain.

Entre les méthodes orthopédiques et opératoires, il convient de mentionner les *injections de paraffine* le long des parois du vàgin. Pankow, Douglas et W. Stone s'en louent, mais Scott Mc Gregor (5) les a employées sans succès dans un cas et, ce qui est plus grave, Pfannenstiel et Kofmann ont rapporté deux cas d'embolie pulmonaire.

Les injections de quinine, qu'Inglis Parsons (6) fait à la base des

(1) Noef, *Correspondenzblatt für schweizer Aerlze*, 1903, n° 10, p. 328.
(2) Sielski, *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 49.
(3) Stroynowski, *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 505.
(4) Pawlik, *Id.*, p. 217.
(5) Mc Gregor, *Glasgow Obst. and Gyn. Soc.*, 21 décembre 1904.
(6) Parsons, *The Lancet*, 1899, p. 292.

ligaments larges pour provoquer une sclérose curatrice du paramétrium, paraissent moins dangereuses et semblent avoir donné de meilleurs résultats. Leur auteur fait une seule injection, maintient pendant quelques jours un pessaire, puis laisse la malade au lit pendant 4 à 6 semaines; sur 30 cas, il aurait eu 21 succès, 3 améliorations et 2 récidives. Aikmann aurait eu aussi un cas de guérison.

Quelles ont été les suites définitives ? Nous l'ignorons et sommes en tout cas beaucoup moins tentés par un procédé aveugle que par les méthodes logiques et directes.

Le nombre des opérations est long et les résultats bien difficiles à apprécier, d'abord parce que le même terme s'applique à des déviations de même ordre, mais de degré et de curabilité très différents, ensuite parce que les auteurs combinent souvent et diversement plusieurs interventions chez la même malade.

Opérations abdominales. — Le *raccourcissement extra-pariétal des ligaments ronds*, conçu par Alquié et exécuté par Alexander, paraît séduisant à première vue : 1° parce qu'il corrige l'abaissement, et la rétroversion; 2° parce qu'il semble le faire physiologiquement en renforçant un des appareils de sustentation normaux de l'utérus sans en créer de nouveaux; 3° parce que, bien réglé et exempt de toutes manœuvres à l'intérieur du péritoine, il est extrêmement bénin.

Le résultat immédiat est satisfaisant, malheureusement le résultat définitif est loin de l'être. On ne cite que la statistique de Polk (1), qui aurait enregistré quinze succès. Tous les autres chirurgiens s'en sont plaints, à moins d'y avoir joint des opérations périnéales. Ce temps ne s'adresse en effet qu'à une lésion secondaire. Et tout ce qu'il peut obtenir, comme dans l'observation de Sutter (2), c'est que la récidive se fasse sur l'utérus en antéversion et non plus en rétroversion comme dans la première atteinte. Nous en dirons autant ici des autres procédés techniques qui s'adressent aux ligaments ronds : raccourcissement intra-péritonéal avec réinsertion sur la face antérieure, implantation nouvelle dans la paroi suivant la technique de M. Doléris avec ou sans les modifications de Bardescu (3). Tous moyens qui peuvent être excellents dans les rétrodéviations, mais qui ne sont ni suffisants ni, croyons-nous, nécessaires dans les prolapsus.

(1) Polk, *Amer. J. of. Obst.*, 1886, p. 606.
(2) Sutter, *Loc. cit.*
(3) Bardescu, *Spitalul*, 1903, n°s 4 et 5.

L'hystéropexie abdominale, consacrée par les beaux résultats de MM. Terrier et Kelly dans les rétrodéviations, a l'avantage de permettre une exploration complète du petit bassin et, s'il y a lieu, le traitement simultané des annexites et des adhérences. Elle fixe l'utérus à la paroi sur une hauteur et une étendue aussi larges qu'on le veut. Des faits nombreux ont prouvé qu'elle ne causait pas forcément des troubles pendant la grossesse et l'accouchement. Mais des accidents aussi sont bien connus. Le professeur Pinard a particulièrement montré l'absence d'accommodation pendant la grossesse et les présentations vicieuses qui s'ensuivent (sur 6 cas : 2 sommets, 1 siège, 3 épaules), la dystocie du travail, l'hémorragie post partum. De plus, l'opération n'est pas efficace. Tous les chirurgiens qui y ont eu recours ont reconnu que, l'utérus restant fixe et perceptible derrière la paroi abdominale, le prolapsus se reproduisait par l'allongement hypertrophique du col. Aussi les uns l'ont-ils abandonnée; les autres, MM. Terrier, Küstner, Kelly, Jentzer, la combinent-ils à des opérations périnéales, ils ont ainsi des résultats excellents non sans quelque gravité (Küstner accuse 2 morts sur 134 cas opérés).

Ces deux opérations ne peuvent, sans inconvénient évident (prolongation de durée, danger d'infection, de tiraillement des sutures), être exécutées dans la même séance. Aussi, M. Terrier les fait-il à quelques semaines de distance. Mais la colpectomie large ne semble-t-elle pas devoir être moins aisée surtout pour les parties profondes lorsque le col est moins accessible ? Et l'ennui pour la femme de subir deux opérations au lieu d'une est-il indispensable ?

En tout cas quelle technique suivre ? Un écueil signalé par M. Richelot et par Kiriac, de Bucarest, est l'étirement des adhérences péritonéales, les réduisant à l'état de brides incapables de retenir l'utérus. Pour l'éviter, ce dernier auteur recommande de réséquer le péritoine pariétal dans la zone où s'appliquera la surface antérieure, préalablement cruentée, de l'utérus, qui (les fils une fois serrés) sera ainsi solidarisé, non plus seulement avec une séreuse glissante, mais avec le fascia transversalis résistant. La même précaution ne nous paraît pas nécessaire si la fixation est faite avec des fils non résorbables prenant la paroi aponévrotique selon la méthode de M. Terrier. La reconstitution exacte de la paroi est délicate, d'où la possibilité d'éventration. Aussi Fraenkel (1) conseille-t-il une petite incision

(1) FRAENKEL, X• *Cong. de la Soc. All. de Gyn.*



laissant, au-dessus du pubis, une étendue intacte d'aponévrose suffisante pour y fixer l'utérus sous le contrôle de l'œil et du doigt. La plaie opératoire est ensuite suturée comme après toute laparotomie.

Bishop (1) de Manchester, partant de cette idée que les *ligaments utéro-sacrés* joueraient le rôle le plus important dans la fixation de l'utérus en bonne position, cherche à les restaurer. C'est théoriquement logique, l'observation montrant qu'en même temps qu'il s'abaisse, le col se porte fortement en avant. L'opération comporte les temps suivants : Plan incliné. Laparotomie, traction de l'utérus par deux soies placées au niveau de l'orifice des trompes. Introduction d'une sonde dans le vagin qui en soulève la paroi postérieure. Forte suture à la soie dans l'épaisseur de la voûte du vagin (en respectant la muqueuse) et dans le périoste du sacrum de chaque côté du rectum. Enfouissement sous-péritonéal des fils. A ce temps original, l'auteur joint le raccourcissement des ligaments ronds et la périnéorraphie par dédoublement. Il enregistre dix succès immédiats, mais il y a lieu de se demander si la réfection des ligaments utéro-sacrés y contribue pour une part qui justifie ce temps délicat à exécuter et faisant courir quelque danger en raison des conditions d'âge et de résistance des opérées de prolapsus. Au moment de sa publication, sa première opération datait d'un an, durée trop courte pour pouvoir affirmer le résultat définitif.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que la suspension de l'utérus. D'autres interventions ont visé celle de la *vessie*. C'est ainsi que M. Tuffier incise comme pour une cystotomie sus-pubienne et fixe la face antérieure de la vessie à la paroi ; que Laroyenne (2) fixait à l'utérus hystéropexié la face postérieure de la vessie ; que Kiriac (3) fait de même en plaçant en outre des points sur la face antérieure ; que M. Petit la remonte par l'intermédiaire de l'aponévrose ombilico-pelvienne. Ces opérations ont été bien rares.

Il ne semble pas qu'on doive compter sur ces divers moyens de suspension d'un organe de la souplesse et de la forme de la vessie ; aucun ne s'adresse justement à la paroi inférieure qui fait hernie, ce qui serait d'ailleurs sans plus d'effet, car ils ne lui rendraient pas ce qui lui manque, le plancher.

---

(1) Bishop, *Verhandl. d. Brit. Gesellsch. f. Gyn.*, 11 décembre 1902.
(2) Laroyenne, *XIIIe Congr. intern. Méd*, p. 230.
(3) Kiriac, *Ibid.*

L'*hystérectomie abdominale*, faite en premier lieu par Müller, qui fixa le pédicule à la paroi, ce qui n'empêcha pas la récidive, a été améliorée par Jacobs, de Bruxelles, qui suture le moignon de col ou le vagin aux moignons des ligaments larges, réalisant ainsi, suivant les cas, une trachélopexie ou une colpopexie ligamentaire; par Legueu, qui suture le moignon à l'angle inférieur de la plaie et complète, s'il y a lieu, par une périnéorraphie et une colporraphie antérieure; par Aug. Pollosson (1), dont la technique est analogue, avec cette différence qu'il a réséqué une fois une certaine étendue des parois vaginales et se passe d'opération périnéale; par Psaltoff, de Smyrne (2), qui, avec un procédé qui rappelle celui de Jacobs, eut deux succès durables, 3 ans, 1 an et demi, dont l'un d'autant plus méritoire qu'il était obtenu sur une malade qui antérieurement avait récidivé 3 mois après colpo-périnéorraphie et hystéropexie abdominale.

Ces exemples encourageants ne doivent pas nous faire perdre de vue, ni l'état de déchéance des femmes atteintes de prolapsus et le danger qui peut résulter chez elles d'une telle intervention, ni l'inconvénient qu'il y a à laisser sans réparation l'effrondrement pelvien. Pour ces deux motifs, l'hystérectomie abdominale nous paraît ne devoir être ici qu'une opération d'exception, commandée par des circonstances spéciales.

Opérations vaginales et périnéales.. — Avec la majorité des chirurgiens, nous estimons qu'elles peuvent suffire et pensons, en tout cas, que, combinées à d'autres moyens, ce sont elles qui jouent dans la cure le rôle essentiel.

La *colporraphie antérieure* comporte habituellement la suppression d'un segment plus ou moins étendu et plus ou moins long de la paroi vaginale antérieure, habituellement ovalaire, et la suture des bords avivés. Dès l'opération faite, on voit la vessie réduite et soutenue. Ce résultat, satisfaisant au premier abord, ne se maintient pas. Le plancher que l'on a ainsi constitué est exclusivement muqueux; ce qui reste de la paroi antérieure est tendu entre la suture en dedans et les attaches de la gaine hypogastrique en dehors. Sous l'influence de la pression abdominale, il se laisse peu à peu distendre et le déplacement se reproduit, comme le ferait une éventration que l'on voudrait opérer par

(1) Aug. Pollosson, *Société de Chirurgie de Lyon*, 5 avril 1906.
(2) Psaltoff, *Congrès français de Chirurgie*, 1906, p. 228.

seule résection des téguments et sutures de la peau. Cette tendance à la récidive est telle, que je ne sache pas un seul chirurgien qui ne combine à la colporraphie antérieure la *colpopérinéorraphie*.

Ici, que l'on résèque, ou que l'on plisse une portion plus ou moins étendue de la muqueuse vaginale, on rétrécit la paroi postérieure, on reconstitue le corps périnéal, on utilise des éléments musculaires singulièrement plus efficaces. Par tous les procédés on restaure au moins le plan inférieur vulvaire.

Si l'on recourt au dédoublement de Lawson, Tait si heureusement amélioré par le professeur Pozzi, je suis convaincu qu'on fait plus et qu'on arrive à s'adresser au plancher proprement dit. En tout cas, la colpopérinéorraphie, suffisante dans les rectocèles pures, devient un adjuvant nécessaire et précieux de la colporraphie antérieure, quand il y a aussi cystocèle avec ou sans prolapsus de l'utérus. Elle forme en quelque sorte une pelote naturelle que l'on applique sur une hernie réduite, mais pour laquelle on n'a pas fait une solide réfection de la paroi. Ces opérations sont bénignes; quant à leur importance, rien ne la démontre mieux que le fait qu'il y a bien peu, sans elles, de moyen efficace.

Tous les chirurgiens qui font le raccourcissement des ligaments ronds y recourent aussi.

De même les professeurs Terrier, Küstner, Kelly, Jentzer, Meinert, Bumm, en font un adjuvant de l'hystéropexie. Bishop l'exécuta après la réfection des ligaments utéro-sacrés, Legueu après l'hystérectomie abdominale. Nous verrons de même que l'hystérectomie vaginale ne peut se passer d'elle.

Avant d'étudier ses résultats, un mot sur un temps opératoire que l'on fait généralement en même temps, l'*amputation du col*. La genèse de cette opération est dans les idées de Huguier, pour qui « l'allongement de la portion sus-vaginale du col » était l'élément primitif; le développement ne pouvant se faire du côté de l'abdomen se produisait du côté du vagin, entraînant de plus en plus bas les parois du tractus génital avec la vessie et le rectum. Personne n'y croit plus aujourd'hui. On sait que l'allongement est le résultat de l'étirement de l'utérus quand le plancher se dérobe sous lui, si l'appareil de suspension est assez résistant et que l'involution se fait si l'utérus est soutenu. Aussi je crois que l'amputation du col n'ajoute rien aux résultats des colpopérinéorraphies. Ces résultats, quels sont-ils?

Nous trouvons en chiffres ronds une proportion de 80 p. 100 de succès, dont un nombre respectable a eu la sanction d'accouchements ultérieurs. Mais il faut bien noter que ce qui les améliore beaucoup, c'est qu'elles comprennent un nombre considérable de cas de prolapsus légers, à peu près exclusivement limités au vagin, et que les insuccès surviennent surtout dans les prolapsus complets, d'abord parce qu'ils sont beaucoup plus difficiles à guérir, l'effrondrement du plancher pelvien y étant beaucoup plus accusé, ensuite parce que la récidive se produit dans ces circonstances avec une netteté qui ne peut laisser le moindre doute à l'optimisme naturel du chirurgien revoyant une ancienne opérée.

Ce sont justement ces cas qui ont amené les chirurgiens à multiplier leurs procédés. Nous mentionnerons seulement la *vagino-fixation*, dont les résultats, malgré l'habileté de ses auteurs (Baumm, Schauta, Küstner, Pfannenstiel), ont été inconstants.

Nous ne sommes pas plus séduit par l'hystéropexie abdominale par voie vaginale, que préconise Gebhard, de Berlin (1). A l'aide d'une incision courbe, il décolle la vessie, ouvre le cul-de-sac vésico-utérin, attire l'utérus, place deux longs catguts à l'insertion des ligaments ronds et les fixe à la paroi abdominale à la faveur de deux petites incisions cutanées de chaque côté de la ligne blanche, la malade étant placée à ce moment en position déclive. Les avantages de ce procédé sur l'opération d'Alquié ou ses dérivées nous échappent. Son auteur enregistre d'ailleurs cinq récidives sur cinquante-quatre cas.

Dans des cas particulièrement graves, Freund a luxé l'utérus dans le vagin après incision du cul-de-sac postérieur, suturé sa face postérieure à la paroi vaginale antérieure avivée, de même sa face antérieure à la paroi postérieure, après avoir créé au niveau du fond un nouvel orifice utérin. Wertheim passe par le cul-de-sac et se borne à la suture de la face antérieure de l'utérus à la paroi postérieure du vagin. La colpopérinéorraphie est combinée à cette intervention. Malgré les résultats encourageants mais peu nombreux cités par Mandelstamm (2), nous partageons entièrement le scepticisme de M. Richelot sur l'avenir de cette opération, en tout cas incompatible avec la fécondation et nécessitant par conséquent la castration chez les femmes qui n'ont pas dépassé la ménopause.

---

(1) Gebhard, de Berlin, X[e] Congrès de la Société Allemande de Gynécologie.
(2) Mandelstamm, *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1901, Bd. XIV, H. 3.

L'hystérectomie vaginale suscita et déçut bien des espérances. Dans aucune autre affection cette intervention n'était plus facile, en raison de l'extériorisation complète de l'organe à enlever, de l'aisance avec laquelle on pouvait placer des ligatures au lieu des pinces à demeure et agir dans la profondeur. A priori la gravité, toujours minime, devait être également réduite. La contre-partie est qu'on s'adresse habituellement à des femmes âgées, souvent artério-scléreuses ou variqueuses, prédisposées comme telles aux hémorragies (M. Zolonitzky (1) en a relevé 22 sur 130 opérations), que le décollement s'est parfois montré difficile, que l'allongement de la portion sus-vaginale du col rend souvent peu accessible le cul-de-sac vésico-utérin.

Aussi enregistre-t-on une série de morts dont le taux est évalué par Zolonitzky à 6,92 p. 100. De plus, les récidives sont fréquentes.

Zolonitzky, sur 62 opérations, en trouve 23, soit 37 p. 100. Richelot sur 6 cas ne put retrouver deux de ses opérées et constata que les quatre autres, avaient récidivé. Léopold en compte 2 sur 2 opérations. Müller, Martin, Legueu accusent des mécomptes semblables.

Aussi, aucun chirurgien ne l'exécute-t-il maintenant sans la combiner à d'autres interventions.

M. Delbet réunit les ligaments ronds sous la vessie, pour constituer une sangle contractile. M. Quénu fixe solidement le moignon vaginal préalablement fermé aux ligaments larges, et pratique ensuite une colporraphie antérieure et une colpo-périnéorraphie.

Plus simplement, MM. Fritsch et Pozzi font une large colpectomie mais n'unissent pas le vagin aux ligaments, « le processus cicatriciel s'en chargeant », et se bornent à suturer exactement la plaie vaginale au niveau de laquelle la vessie est découverte. Quelques semaines plus tard, M. Pozzi fait une périnéorraphie par dédoublement. Codavilla, dont le procédé se rapproche plus de celui de M. Quénu, joint à la résection du vagin celle du péritoine du cul-de-sac de Douglas. Ses lambeaux séreux, fixés par des pinces de Kocher, sont disséqués loin à la spatule mousse et un fil en bourse ferme le péritoine aussi haut que possible, notamment au-dessus du pédicule supérieur des ligaments larges, fortement tiré en bas par sa ligature. Il sectionne ensuite toute la partie exubérante, comme si c'était un sac herniaire, et suture enfin le vagin, en ayant soin de fixer sur les tissus cruentés deux ou trois fils

(1) ZOLONITSKY, Th. Paris, 1896.

destinés à fixer la vessie et le rectum aux ligaments larges. Les surfaces avivées du vagin sont enfin réunies bord à bord et la périnéorraphie suivant la technique de Tait achève l'opération. Avec ces variantes, la colpo-hystérectomie fournit d'excellents résultats. Pour quelle part y est l'hystérectomie ? La plupart des auteurs conviennent que c'est pour la moindre et que le rôle essentiel est joué par la colpectomie très large et surtout par la colpo-périnéorraphie. Ce qui le montre bien, ce sont des observations comme celle de Asch, où, malgré l'ablation de l'utérus et d'une grande partie du vagin, la récidive survint et fut heureusement guérie par la réfection du périnée.

Aussi cette opération n'est-elle exécutée que dans des conditions particulières, lorsqu'en même temps que le prolapsus il y a des lésions de l'utérus qui en seraient à elles seules justiciables, telles que fibrome ou cancer opérable. Elle l'est encore dans les cas exceptionnels de prolapsus complets irréductibles même après le repos horizontal maintenu quelques jours. Elle l'est dans les faits plus rarissimes encore d'étranglement. Nous ne pensons pas qu'elle le soit dans d'autres circonstances.

Les indications de cette intervention nous semblent donc extrêmement restreintes. Lorsqu'elles existent, que préférer des voies abdominale et vaginale ? La possibilité d'agir en même temps sur le plancher pelvien nous ferait naturellement préférer la deuxième en règle générale. Mais, ainsi que nous l'avons dit, l'ablation de l'utérus ne nous paraissant guère imposée que par des lésions concomitantes de l'utérus ou des annexes, c'est d'après ces lésions, leur développement et leur topographie, que nous nous guiderions, et nous ne nous dispenserions, en aucun cas, de la réfection du plancher.

Frappé des dangers et de l'inutilité de l'hystérectomie et de l'importance de la colpectomie, le professeur P. Müller, de Berne, a imaginé un procédé, qui s'est peu acclimaté en France, mais qui paraît avoir donné aux gynécologistes qui l'ont employé entière satisfaction. Il consiste dans la résection presque complète du vagin et l'exclusion de l'utérus refoulé au-dessus de la ligne de sutures vers la cavité pelvienne, le péritoine n'étant, en aucun cas, intéressé. Pour qu'il s'exécute facilement, il importe que le prolapsus soit complet. L'utérus étant abaissé, un vaste losange est dessiné, dont le grand axe est dirigé du méat au périnée, le petit étant transversal et se prolongeant jusqu'aux bords du vagin. Toute la muqueuse ainsi circonscrite est disséquée et extirpée

jusqu'au ras du col qui en occupe naturellement le centre. L'utérus est alors fortement refoulé et les bords correspondants sont exactement suturés jusqu'à fermeture complète de la plaie. Dans le cas de métrite, on fait préalablement un curettage, suivi d'une cautérisation avec une solution concentrée d'acide phénique, et l'on ferme par-dessus. Ce n'est que chez les femmes qui n'ont pas atteint la ménopause que la suture ménage la continuité du vagin et du col.

Cette intervention simple, courte (elle ne dure pas plus de 10 minutes entre les mains de son auteur), exécutable à l'anesthésie locale par infiltration de Schleich, ne demanderait qu'un séjour au lit réduit (4 jours), ce qui est un grand avantage contre le danger de l'hypostase chez les femmes âgées. Elle s'est montrée d'une bénignité remarquable. On ne connaît qu'un cas de mort concernant une femme qui arracha son pansement et inocula directement sa plaie avec ses doigts. Son efficacité est plus admirable encore.

Les résultats des observations rapportées par Wormser (1), Biehly (2), R. P. Kœnig (3), V. Krükova (4), Pflantz, Bumm, Jentzer, Stokes, etc., sont parfaits même à échéance éloignée. Il ne persiste qu'un petit cul-de-sac vaginal de 3 centimètres environ, au-dessus duquel le toucher rectal reconnaît l'utérus supporté par une petite colonne cicatricielle. On peut donc se demander pourquoi une intervention présentant de tels avantages ne s'est pas généralisée. Une première raison est qu'une condition est la définitive renonciation au coït. Et la pratique médicale montre que des prétentions à cet égard sont souvent conservées bien au delà du vraisemblable. Une autre raison est tirée de la répugnance du chirurgien à inclure dans du tissu cicatriciel une cavité muqueuse qui semble devoir se dilater et devenir kystique. Le mémoire de Wormser contient justement une faute d'impression qui fit du tort à la méthode. Le prote laissa passer « in einem Falle », au lieu de « in keinem », à propos de l'hydrométrie. En fait, cette complication n'a jamais été observée. De même la cicatrice ne s'est jamais laissé rompre ou distendre, comme on aurait pu le craindre théoriquement. Cela parce qu'au-dessus d'elle on laisse de larges surfaces cruentées aptes à se réunir par un fort et épais noyau fibreux.

---

(1) Wormser, *Monatschr. f. Geburt. und Gyn.*, 1898, p. 367.
(2) Biehly, Th. de Berne, 1903.
(3) Kœnig, *J. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, septembre 1903.
(4) Krükova, Th. de Genève, 1903.

Aucune des méthodes vaginales que nous venons de passer en revue ne s'adresse exactement à la lésion fondamentale, l'éventration pelvienne inférieure. Les surjets superposés, chargeant tous les tissus qu'ils rencontrent, peuvent la restaurer et quelquefois dans la perfection, mais ils le font en quelque sorte à l'aveugle et sans la netteté anatomique qui caractérise les procédés actuels de réfection de la paroi abdominale, où chaque plan est reconnu, isolé, suturé.

Un effort a été fait en ce sens, dans ces dernières années, pour la cure du prolapsus. A la restauration du périnée inférieur, on tend de plus en plus à joindre la réfection du plancher musculaire formé par les releveurs coccy-périnéaux.

Goubaroff (1) s'est attaché à y parvenir de la manière suivante : Il passe sous la muqueuse de la paroi vaginale antérieure un crin de Florence faisant le tour de cette paroi et s'efforçant de prendre les bords internes des releveurs. Il agit de même au niveau de la paroi postérieure, chacun de ces fils sort par son orifice d'entrée. Leur striction provoquerait un allongement et un rétrécissement du conduit, un refoulement de l'utérus vers le haut, une résistance meilleure du plancher.

M. Folet, de Lille, cherche le même rapprochement des releveurs, mais compte, pour le produire, sur le bourgeonnement d'une plaie large résultant d'une résection circulaire étendue du vagin suivie de l'amputation du col, de la ligature des utérines et d'une colpo-périnéorraphie. Il obtient ainsi cinq succès sur cinq opérées.

Si nous comparons ces deux manières de faire aux procédés connus de cure radicale des hernies, nous voyons que le premier rappelle la suture sous-cutanée du trajet à la manière de Wood par exemple, le deuxième, la réfection de la paroi par un tissu de granulation, comme la faisait Mac Burney.

La suture propre des releveurs fut préconisée par Zigenspeck (1899); M. P. Delbet (2) fut sur le point de la publier en 1896, mais renonça à la décrire, sur l'avis qu'elle était déjà connue; exécutée aussi par M. Ricard (3) à la même époque, elle fut en 1902 l'objet d'une étude anatomique chirurgicale excellente de la part de MM. Duval et Proust (4). En faisant remonter haut le dédoublement, jusqu'au cul-de-sac de

---

(1) Goubaroff, *Annales de Gynécologie*, mai 1896.
(2) P. Delbet, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1902, p. 1002.
(3) Ricard, *Id.*, p. 1095.
(4) Duval et Proust, *Presse méd.*

Douglas au moins, et surtout en l'exécutant sur une grande étendue transversale, on peut retrouver assez facilement les bords inférieurs des releveurs et rapprocher ces deux muscles sur la ligne médiane, au point non seulement de les affronter, mais de les appliquer l'un à l'autre par une certaine étendue de leur face supérieure.

Pour ne pas s'égarer, il faut avoir grand soin de passer en avant, non en arrière, comme on aurait tendance à le faire, des fibres musculaires du rectum et, pour ce, reconnaître et sectionner la bandelette recto-vaginale. La traction de l'anus en arrière au moyen d'une pince tend les releveurs et facilite leur reconnaissance et leur dénudation.

Nous manquons d'éléments pour affirmer la valeur définitive de cette opération, mais ce que nous en savons est très satisfaisant.

La seule objection qu'on puisse lui faire est de ne restaurer qu'indirectement la région antérieure, celle où le déplacement est presque toujours primitif et prédominant. Certes la cystocèle bénéficie du rapprochement des releveurs en arrière, dont l'influence se fait naturellement sentir dans toute l'étendue de leur écartement, mais combien cette action serait plus forte si la réfection était opérée en avant, immédiatement au-dessous de la vessie, entre elle et la paroi vaginale, si l'on reconstituait là, en place du plancher éculé, une lame musculaire ininterrompue.

C'est ce que j'ai eu la pensée de faire et fait en 1901 (1). Ma communication passa inaperçue et le serait sans doute demeurée, si Groves (2) n'avait publié, plus de deux ans après moi (3 décembre 1902-1er février 1905), une technique identique.

La myorraphie antérieure des releveurs s'exécute de la façon suivante : une incision transversale est faite à un travers de doigt en arrière du méat et occupe toute la largeur du vagin. — Ce conduit est entièrement séparé de la vessie comme pour une colporraphie mais sur une étendue beaucoup plus grande. La vessie est alors réduite et maintenue, soit avec une valve à hystérectomie vaginale, soit avec un abaisse-langue à manche. Le vagin est abaissé, on cherche dans l'angle dièdre résultant de leur écartement le bord des releveurs. Il convient dans les cas difficiles de se porter absolument sur la paroi pelvienne et de la suivre avec l'index soit de bas en haut, soit de haut en bas. On accroche ainsi son bord qui fait un repli falciforme — la sonde cannelée

(1) DELANGLADE, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, **Paris, 3 décembre 1902.**
(2) GROVES, *Soc. Obst. de Londres*, **1er février 1905.**

l'isole — plus prudemment au niveau de la paroi supérieure où cheminent les vaisseaux viscéraux e,t en chargeant séparément chaque muscle avec l'aiguille, on peut placer des fils, 6 ou 7, séparés par un intervalle d'un centimètre. Il faut prendre une étendue de muscle suffisante pour que le bord du muscle ne s'effrite pas et éviter d'en poser deux de suite dans le même intervalle des faisceaux pour ne pas faire de dissociation. Il est bon qu'un aide rapproche les bords musculaires avec des pinces à griffes au moment où l'on serre, pour que le fil n'ait pas à exercer l'intégralité de la force nécessaire au large affrontement que l'on veut obtenir. Toutes ces manœuvres sont certainement plus délicates que celles de la myorraphie postérieure, où le muscle est bien plus superficiel. Elles nous paraissent utiles cependant, car : 1° la myorraphie antérieure est seule capable de fournir à la vessie un plancher élastique et contractile; 2° en faisant long ce plancher, on repousse d'autant en arrière le vagin et l'utérus, et ainsi l'on corrige de la façon la plus physiologique la rétroversion. Je n'ai pas vu que d'autres chirurgiens aient mentionné ce fait que j'ai rencontré constamment. — La rétrodéviation qui accompagne le prolapsus s'est, en effet, toujours montrée à moi, non pas comme une bascule de l'utérus autour de son isthme, mais comme le résultat d'un mouvement de translation, le col se rapprochant du pubis en même temps qu'il s'abaisse. Le refouler est donc corriger la déviation.

Mes premières interventions se bornèrent à la myorraphie antérieure, que je faisais suivre seulement d'une colpo-périnéorraphie. Depuis le travail de Duval et Proust, j'ai toujours fait aussi la myorraphie postérieure. Outre les garanties d'efficacité, cela peut avoir un avantage technique, signalé par M. Chaput. Si on commence par la partie postérieure, la traction que l'on exerce sur les fils placés, mais non serrés, sur les bords du releveur, facilite leur découverte en avant en les abaissant et en les tendant au point où leur recherche est la plus malaisée. Dans la plupart des cas je me suis borné à cela et, pour éviter l'infection possible de la ligne de suture par les sécrétions utérines, je n'ai pas fait de résection vaginale du moins sur la partie postérieure, j'ai fait en même temps une large colpectomie. En réalité, ce qui s'écoule de la matrice est peu virulent. L'affrontement exact constitue le meilleur des pansements, et il n'y a pas de raison de se priver du surcroît de garanties que donnent la résection du vagin et la tension consécutive de l'aponévrose pelvienne et du cache-vaisseaux.

L'opération est encore trop récente pour pouvoir être absolument jugée. Cependant la première opérée de Hey Groves eut la sanction d'un accouchement sans que le prolapsus récidivât.

Ma première opérée, prolapsus complet, est restée bien guérie pendant 18 mois, au cours desquels je l'ai examinée, puis, dit-elle, pendant longtemps encore. Elle m'est revenue avec une récidive récente, en mars 1905, soit 3 ans et demi après l'opération. En dehors de ce cas, je n'ai pas vu de récidive, au cours des myorraphies que j'ai faites. Parmi les résultats que j'ai pu suivre, la guérison se maintient pour un prolapsus incomplet, mais du deuxième degré, le col dépassant la vulve depuis 4 ans, pour une autre depuis 2 ans, pour une autre depuis 11 mois. Les autres sont trop récentes pour entrer en ligne de compte.

Dès la cicatrisation obtenue, on sent un plancher pelvien solide, épais, élastique, et alors même qu'on n'a rien supprimé de la paroi vaginale, le conduit a une tonicité et une étroitesse remarquables dans sa moitié inférieure. L'effort ne montre ni rectocèle ni cystocèle et l'utérus haut est en antéversion normale. La partie supérieure du vagin reste cependant légèrement flaccide, et c'est un des motifs qui m'engagent à réséquer largement les parois décollées, ce qui ne complique ni n'allonge l'intervention.

Je crois donc que la myorraphie est une bonne opération, qui mérite d'être travaillée et perfectionnée. Mais l'exemple de ma première opérée, qui récidiva si tardivement qu'on aurait pu croire de très bonne foi à une guérison absolue, montre qu'il faut être prudent dans l'affirmation des résultats définitifs et qu'il ne faut négliger aucun des moyens susceptibles de concourir à la cure radicale.

LEUCOPLASIE VULVAIRE AVEC ÉPITHÉLIOMA DU CLITORIS

RAPPORTS AVEC LE KRAUROSIS (1)

Par le docteur **J. ABADIE**, ex-chef de clinique chirurgicale à Montpellier, chirurgien adjoint à l'hôpital d'Oran.

En février 1906, Mme L..., 47 ans, nous est adressée par notre confrère militaire le docteur Villary (de Mascara). Cette femme, qui a accouché de son cinquième enfant il y a treize ans, et qui n'a jamais présenté de symptômes de syphilis, accuse depuis huit ans des démangeaisons vulvaires progressivement plus pénibles et devenues continues.

A l'examen on trouve : *a*) une zone marginale intéressant grandes et petites lèvres, à teinte blanc nacré, à limites irrégulières, sans augmentation d'épaisseur ; *b*) plus près du clitoris, des plaques blanchâtres plus épaisses, saillantes et légèrement verruqueuses ; *c*) un clitoris très hypertrophié, blanc, un peu corné ; *c*) des ganglions inguinaux légèrement volumineux.

Prélèvement pour biopsie au sommet du clitoris : épithélioma commençant.

Le 13 février, je pratique : 1° le curage des deux aines ; 2° l'ablation du clitoris en même temps que de la face interne des grandes lèvres jusqu'aux orifices des glandes de Bartholin.

Réunion par première intention.

L'examen histologique a été pratiqué sur des fragments prélevés dans des zones de transition de peau saine à peau leucoplasiée, en pleines plaques de leucoplasie, sur le clitoris. Nous n'en donnerons pas ici le résultat détaillé.

De cette observation, nous retiendrons surtout au point de vue histologique les lésions que l'on trouve résumées la première fois par Pichevin et Petit, et que les examens si complets de Letulle, Hugo Sasz, Bender, ont confirmées :

a) Hypertrophie de la couche cornée ;

b) Multiplication des cellules de la zone à éléidine ;

c) Hypertrophie diffuse de l'éléidine dans les couches sous-jacentes ;

d) Feutrage du derme.

Ce qui nous a surtout frappé et que nous voulons mettre en évidence, c'est : 1° *l'importance de l'infiltration embryonnaire* retrouvée de façon constante dans toutes nos préparations, bousculant parfois les premières assises épidermiques au point d'en rendre la limite avec le

---

(1) Communication au *Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie*. Avril 1907, Alger.

derme indécise; 2° ce fait, qu'il n'y a point au niveau du clitoris atrophie scléreuse, mais au contraire une telle hypertrophie des couches sous-épidermiques que le clitoris est énorme.

Ces différentes particularités nous ont amené, après la lecture du travail récent de Jayle et Bender, et après une étude de détails, dont la discussion sera rapportée intégralement dans un travail à paraître dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, à concevoir de la sorte les rapports de la leucoplasie, du kraurosis, du cancer.

D'abord définissons nos termes.

Kraurosis vulvaire veut dire rétraction atrophique à la vulve — c'est tout. En cela se résume toute son originalité et cette originalité ne tient qu'à une chose : son siège et la conformation spéciale de la région sur laquelle il porte. Quant à ses lésions histologiques, ce sont des lésions d'inflammation chronique, aboutissant à la sclérose. Suivant ses formes anatomiques, on distingue le kraurosis blanc, le kraurosis inflammatoire; suivant ses conditions étiologiques, le kraurosis syphilitique, le kraurosis post-opératoire, etc., etc., résumant toutes les autres conditions étiologiques encore imprécises ou inconnues. Donc le kraurosis s'explique et se résume en une inflammation, parfois au stade aigu, presque toujours au stade chronique de la région cutanéo-muqueuse vulvaire.

La *leucoplasie* présente une originalité plus marquée : elle a un aspect macroscopique spécial et des lésions histologiques, surtout caractéristiques dans l'épiderme. Mais il faut bien mettre en évidence qu'il y a aussi des lésions du derme, de l'infiltration embryonnaire, du feutrage du derme, bref des lésions que nous pouvons considérer comme caractéristiques de l'inflammation chronique.

Mais alors, n'en est-il pas de même des lésions épidermiques ? Passons-les en revue : 1° Hypertrophie de l'épiderme — mais, quand une muqueuse est le siège d'une inflammation chronique, la réaction de l'épiderme ne se produit-elle pas de la sorte ? Bien plus, dans certaines muqueuses, celle de l'uretère par exemple, il y a transformation du type épithélial primitif en épithélium pavimenteux stratifié ; nous le trouvons dans les métrites chroniques, etc. 2° Autre caractère, la présence de l'éléidine : elle est fonction du degré de protection que le revêtement doit réaliser ou des traumatismes auxquels il est exposé ; elle existe dans la peau des téguments ordinaires ; elle existe dans une muqueuse vulvaire enflammée siège de frottements ou de grattages;

par contre, elle n'existe pas dans la leucoplasie du vagin, pas dans la leucoplasie endo-utérine (de même que l'éléidine n'apparaît pas dans le revêtement pavimenteux stratifié d'une urétrite chronique).

Nous dirons donc :

Quand une inflammation chronique (syphilitique, ou post-métritique, ou de nature inconnue) porte sur la région vulvaire, elle détermine à la fois une réaction épidermique et sous-épidermique.

La *réaction épidermique* détermine une augmentation d'épaisseur de l'épiderme, une acanthose, de la kératinisation et, dans les régions exposées à l'air ou à des atteintes extérieures plus importantes, la formation d'une couche à éléidine très marquée. Dans un cas comme dans l'autre, il existe un état moléculaire spécial du protoplasma cellulaire, qui, même en l'absence d'éléidine, détermine l'aspect leucoplasique.

La *réaction dermique* entraîne ou bien des lésions hypertrophiantes (dont notre cas présente un exemple frappant au niveau du clitoris), ou bien, et le plus souvent, des lésions de sclérose et d'atrophie qui, par suite de la disposition orificielle et labiée de la région vulvaire, réalise un syndrome appelé jusqu'à ce jour : kraurosis vulvaire.

Enfin, les lésions ainsi causées par une inflammation chronique peuvent à la vulve, comme dans bien d'autres régions de l'organisme (ulcéro-cancer de l'estomac — cancer lupique de la face — plus récemment cancer de l'appendice iléo-cœcal développé au niveau de brides inflammatoires anciennes, etc.), être suivies de transformation cancéreuse. Auquel cas l'éléidinisation s'efface, l'hyperkératinisation augmente et la région correspondante au stratum granulosum pousse dans la profondeur des boyaux épithéliaux.

Quant à savoir à quel moment et pourquoi la leucoplasie ou le kraurosis se compliquent de cancer, il nous est impossible de l'établir avant d'être édifié sur les conditions étiologiques précises et la nature même du cancer.

En résumé, leucoplasie vulvaire, kraurosis vulvaire se distinguent en ce qu'ils constituent les appellations de deux syndromes différents; par cela seul il ne saurait être question de les opposer l'un à l'autre. Et leur nature encore imprécise s'éclaire cependant d'une pathogénie commune : *ils relèvent tous deux d'une inflammation chronique.*



TRAITEMENT DES CONVULSIONS ÉCLAMPTIQUES PAR LA PONCTION LOMBAIRE (1)

Par MM. **AUDEBERT** et **FOURNIER** (de Toulouse).

De nombreux faits cliniques démontrent que, dans l'éclampsie, les lésions encéphaliques sont excessivement fréquentes : on rencontre communément de l'œdème du cerveau, de la congestion de l'écorce cérébrale, de l'hyperhémie des méninges, des épanchements de sang intra-crâniens allant depuis les petites « épistaxis méningées » (Vaquez et Esmein) jusqu'aux grandes hémorragies diffuses intéressant tout l'axe cérébro-spinal ; dans d'autres cas enfin, et en particulier dans un de ceux que nous rapporterons ci-dessous, on a noté une dilatation très marquée des sinus crâniens.

Un autre fait vient d'être récemment mis en lumière, en particulier par Ballantyne, Chapon, Queirel et Reynaud, Nobécourt, Vaquez, etc., c'est l'hypertension artérielle, qui existe d'une façon constante non seulement pendant les convulsions, mais encore dans la période pré-éclamptique. Comme conséquence de cette hypertension artérielle, Helme (2) a pensé que l'on devait trouver ordinairement de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Se basant sur les symptômes habituels de l'éclampsie : céphalée, troubles de la vue, etc., convaincu aussi que les convulsions étaient dues à cette hypertension, il a proposé un nouveau traitement, qui consiste à soustraire par la ponction lombaire une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, dans l'espoir que l'abaissement de la pression intra-spinale diminuerait ou ferait cesser les convulsions.

Cette hypertension du liquide céphalo-rachidien a été démontrée expérimentalement par Krönig (3). Tandis que dans les cas normaux la pression intra-rachidienne est égale à 120 millimètres, Krönig l'a trouvée, chez les éclamptiques, beaucoup plus élevée, et allant de 200

---

(1) Communication faite à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*. Séance du 15 avril 1907.

(2) Helme, *British Gynecolog. Journal*, mai 1904.

(3) Krönig, *Central., für Gyn.*, 1904.

à 500 millimètres. Dans un cas il a même observé une pression de 600 millimètres pendant une convulsion. D'après lui, il faut retirer environ 40 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien pour que la pression devienne normale.

Thies (1), qui a mesuré la pression avec l'appareil de Quincke, a trouvé dans 7 cas une pression oscillant entre 150 et 200 millimètres. Dans un cas elle monte à 210-390 millimètres ; dans un autre, à 240-370, et chez une femme qui présenta une succession continue d'attaques, elle s'élève même à 600 millimètres.

Quelques auteurs, il est vrai, Henkel (2) et Mirto (3) entr'autres se refusent à admettre que l'excès de pression soit la cause déterminante des convulsions, en s'appuyant sur cette constatation, que les accès continuent souvent après évacuation du liquide céphalo-rachidien, même chez les femmes dont la pression spinale dépassait primitivement la moyenne.

Vaquez (4) estime que l'hypertension céphalo-rachidienne n'appartient qu'à l'œdème cérébral et n'est pas la conséquence nécessaire de l'hypertension artérielle.

Il n'en reste pas moins que, dans beaucoup de cas d'éclampsie, la rachicentèse a donné issue à un liquide sanglant et que le jet a été extrêmement violent, montrant ainsi, sans qu'il y ait de doute possible, la fréquence et des hémorragies méningées et de l'hypertension rachidienne.

Aussi, dans deux cas d'éclampsie grave que nous avons observés récemment dans le service, nous nous sommes crus autorisés à recourir au traitement conseillé par Helme et Krönig, et employé par beaucoup d'autres auteurs, Ballantyne (5), Thies (6), Kaman (7), Bar (8), etc., etc.

Voici les deux observations :

---

(1) Thies, *Central. für Gyn.*, 1906, p. 649.
(2) Henkel, *Central. für Gyn.*, novembre 1904.
(3) Mirto, *Annali di Ostetricia*, décembre 1905.
(4) Vaquez, *Semaine médicale*, mars 1907.
(5) Ballantyne, *Obstétrique*, 1906, p. 79.
(6) Thies, *Central. für Gyn.*, p. 649.
(7) Kaman, *München med. Woch.*, 1902.
(8) Bar, *Société obstétricale de Paris*, 17 novembre 1904.

Obs. I. — *Éclampsie. — Ponction lombaire. — Guérison.*
(N° 299, année 1906.)

Le 20 décembre 1906, à 19 heures du matin, on apporte à la salle de travail une malade plongée dans le coma éclamptique. La crise a éclaté au moment où l'on descendait la malade de voiture.

Immédiatement est institué le traitement suivant : inhalation de chloroforme et saignée (on retire 330 grammes de sang). Les urines, recueillies à la sonde (60grammes), sont brunâtres. Après filtration, elles se prennent en masse par la chaleur et l'acide acétique. A l'Esbach on trouve 20 grammes d'albumine par litre. T. 36°,3, P. 72.

Par la palpation, il est impossible de déterminer d'une façon précise le mode de présentation; toutefois, on sent à la région hypogastrique une tumeur dont les caractères correspondent à ceux de la tête fœtale. On perçoit les bruits du cœur à gauche de la ligne médiane. Ils sont nets et assez bien frappés.

Le col est perméable, mais il a encore à peu près toute sa longueur. Toilette vulvaire, grand lavage de l'intestin : on fait passer en plusieurs fois environ 10 litres d'eau bouillie, qui donnent issue à des matières fécales dures et sentant très mauvais.

Midi. — La malade est dans un état demi-comateux et répond par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse.

1 heure. — Nouvelle crise (la 2e dans le service). On continue les inhalations de chloroforme. Le coma a duré environ trois quarts d'heure.

1 h. 55. — 3e crise. Pendant la crise le pouls était irrégulier et parfois incomptable. Température : 37°,2. A partir de ce moment les crises se succèdent et il suffit du moindre contact, de la plus légère tentative d'exploration interne ou externe pour les provoquer.

2 h. 55. — 4e crise. Pouls 143 ; température 37°,3. On reprend les inhalations de chloroforme.

4 h. 20. — 5e crise. Pouls 128; température 37°,3.

4 h. 45. — La malade a eu une débâcle de matières fécales ayant une odeur infecte. Cette débâcle a été provoquée par un grand lavage intestinal.

Nouveau cathétérisme; on ne recueille que 50 grammes d'urines présentant les mêmes caractères que celles du matin. Puis on essaie de faire boire la malade par la sonde œsaphagienne, ce qui provoque une nouvelle crise, la 6e.

5 h. 3. — Pouls, 136, température 37°,3.

Nous revoyons la malade à cinq heures, décidés à pratiquer la ponction lombaire, si les crises devenaient fréquentes et le coma persistant.

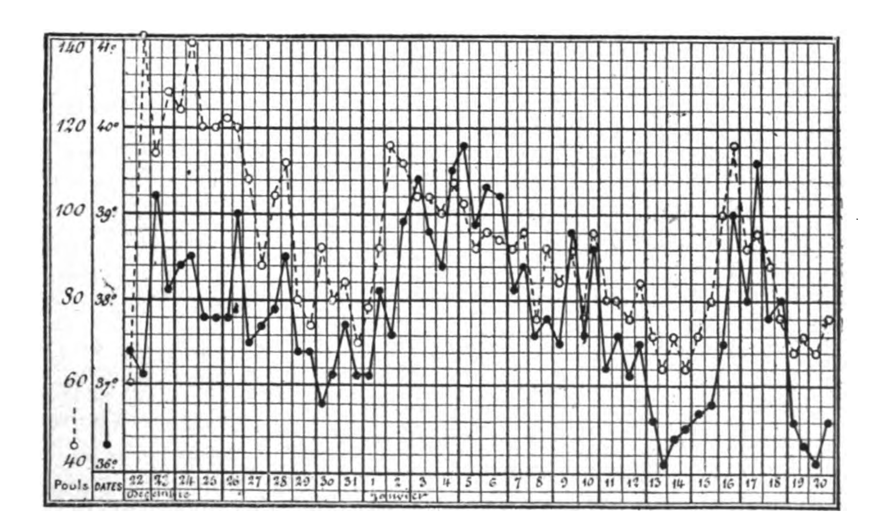
5 h. 20. — La malade demeurant toujours plongée dans le coma, la température et le pouls devenant de plus en plus élevés et les crises se rapprochant, nous pratiquons la ponction lombaire. Nous avons employé une aiguille en

platine, de 5 centimètres de longueur environ et ayant un calibre intérieur d'un demi-millimètre. Pendant toute la durée de la ponction on donne du chloroforme.

L'aiguille pénètre d'emblée dans l'espace sous-arachnoïdien et il s'écoule aussitôt, en gouttes pressées, presque en jet continu, un liquide légèrement rosé. Nous enfonçons un peu plus l'aiguille, après avoir arrêté l'écoulement avec le doigt, et nous recueillons le liquide dans un autre tube à essai : même coloration. Nous recueillons ainsi quelques centimètres cubes, puis nous prenons un troisième tube. La coloration rosée persiste ; dans les trois tubes elle est absolument identique.

En tout, nous avons retiré environ 12 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. L'opération a duré le temps que nous mettons à la décrire.

La malade est replacée sur le dos, la tête plus basse que les pieds, afin d'éviter des phénomènes de décompression. D'ailleurs, chaque fois que nous avions changé de tube, nous avons eu soin d'arrêter un instant l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. L'examen du liquide, fait par M. le professeur agrégé Rispal, n'a révélé absolument rien d'anormal, en dehors des globules rouges en grande abondance.



5 h. 50. — 7e crise. P. 156; T. 38°,2. Cinq minutes après la crise, le pouls tombe à 120. Malgré l'accélération du pouls et l'élévation de la température, cette crise nous a paru moins intense que les précédentes, et le coma qui lui a succédé a été moins profond et de plus courte durée.

On perçoit toujours les bruits du cœur du fœtus, mais il est impossible de les compter. Le travail n'a pas progressé depuis le matin, malgré la fréquence des contractions utérines.

Pendant que nous faisions cet examen, éclate une nouvelle crise, la 8e, à 6 h. 30. Il suffit de quelques inhalations de chloroforme pour l'arrêter.

L'état général de la femme nous paraît franchement meilleur. En outre, la

moindre tentative d'exploration provoquant l'explosion d'une crise et les bruits du cœur du fœtus étant relativement bons, nous décidons de ne pas hâter le travail et d'attendre les événements.

A 8 heures on recueille à la sonde 50 grammes d'urines, plus claires que le matin.

Nous revoyons la malade à 9 heures, et pendant que nous auscultons le fœtus, éclate une nouvelle crise, la 9e depuis son entrée, la 3e depuis la ponction lombaire P. 130 ; T. 37°,5. Il suffit de quelques inhalations de chloroforme pour l'arrêter.

Nous décidons désormais de ne plus faire la moindre exploration, sauf le cas d'absolue nécessité.

A partir de ce moment la malade est plus calme et l'état général meilleur. Le coma n'a persisté que quelques minutes et la malade paraît reposer. Toutefois, de temps à autre, elle s'agite et se plaint. Nous restons auprès d'elle, afin de parer à toute éventualité et de bien nous rendre compte de la physionomie des accès.

11 h. — P. 88 ; T. 37°,3. Vers 1 heure du matin la malade répond aux questions que nous lui adressons. Nous essayons de lui faire boire de la tisane, mais ce n'est qu'avec de très grandes difficultés qu'elle parvient à en avaler quelques cuillerées. P. 72 ; T. 37°,3. On retire par la sonde environ 400 grammes d'urines un peu plus claires que celles du matin. Le cathétérisme précédent avait eu lieu à 8 heures du soir.

21 *décembre* matin. — 3 h. — T. 37°,1 ; P. 82. La malade paraissant agitée, nous faisons recommencer les inhalations de chloroforme et donner un lavement de 4 grammes de chloral. La quantité de chloroforme absorbé est, à ce moment, de 150 grammes au minimum.

5 heures. — 36°,8 ; P. 76. La femme avale elle-même, et sans trop de difficultés, quelques gorgées de tisane lactosée.

6 h. 30. — T. 36°,8 ; P. de 70 à 78.

7 h. 30. — T. 36°,8 ; P. 77.

8 heures. — On constate de l'œdème palpébral marqué surtout à gauche.

9 heures. — Par le cathétérisme on recueille environ 250 grammes d'urines brunes, mais claires. P. 70 ; T. 36°,9. A l'Esbach, il n'y a plus que 2 grammes et demi d'albumine au lieu de 20 grammes. Quantité d'urines dans la journée = 810 grammes. Urination abondante après la ponction lombaire, soit 160 grammes dans les 10 heures qui l'ont précédée et 650 dans les 13 heures qui l'ont suivie.

Vers 11 heures du matin, c'est-à-dire 24 heures après son entrée et 18 heures après la ponction lombaire, la malade s'éveille et sort nettement du sommeil lourd dans lequel elle était plongée. D'ailleurs, à 5 heures du matin elle avait déjà une notion assez exacte des choses puisqu'elle avait très bien répondu à la sœur du service qu'elle voyait pour la première fois. Elle avait même bégayé quelques mots et lui avait pris la main. Ajoutons un dernier détail : le soir même de l'entrée de la malade, vers 10 heures du soir, soit environ 5 heures

après la ponction lombaire, la malade avait ouvert les yeux et regardé avec frayeur les élèves en blouse blanche qui l'entouraient. Nous l'observions attentivement ; nous lui dîmes aussitôt que c'étaient les bonnes de l'hôtel où elle était descendue la veille qui étaient là pour la soigner. Son regard exprima aussitôt la tranquillité et elle se coucha tranquillement. Nous tenions en effet à ce que la malade, qui avait été transportée dans un état demi-comateux, ne fût pas effrayée et ne se crût pas le jouet d'hallucinations.

Pendant les heures qui suivent, la malade sort d'un lourd sommeil. De temps à autre elle s'éveille et on en profite pour lui faire absorber de la tisane de chiendent lactosée.

1 heure du soir. — P. 88 ; T. 37°,2. Maintenant, c'est-à-dire 30 heures environ après son entrée, la malade est complètement réveillée. Elle se plaint seulement de céphalalgie. La respiration est accélérée, 27 inspirations par minute. On note une teinte subictérique de la face et du thorax. En présence de ce fait, nous ordonnons de n'user désormais du chloroforme qu'avec réserve.

Dans le courant de l'après-midi, la malade demande à uriner, mais elle ne peut y parvenir et on est obligé de la sonder. Pendant le cathétérisme pratiqué par nous-même avec la plus grande douceur, la malade a poussé des cris épouvantables, si bien qu'à chaque instant nous craignions un nouvel accès. Pendant le cathétérisme, la malade a eu une contraction utérine qui a duré au moins trois minutes.

3 heures. — T. 36°,6 ; P. 74. Vers 5 heures du soir, coloration franchement ictérique de tous les téguments. La malade continue à absorber de la tisane de chiendent et un peu de lait.

Elle ne peut encore uriner seule et il faut toujours la sonder. A chaque cathétérisme l'utérus se contracte et demeure ainsi pendant plus d'une minute.

22 *décembre*. — A minuit, l'élève de garde pratique le toucher et constate que le col est effacé. La malade se plaint de douleurs abdominales, sans en préciser la nature. Quelques instants après, elle expulse un ascaris lombricoïde long de 25 centimètres environ et animé de mouvements.

3 h. 20. — Sans cause provocatrice apparente la malade a une crise qui dure environ une minute. Inhalations de chloroforme. T. 37°,5 ; P. 112 ; R. 24 inspirations par minute. L'utérus étant fortement contracté pendant la crise, on continue le chloroforme pendant quelques instants, en le faisant alterner avec des inhalations d'oxygène.

5 heures. — T. 36°,6, P. 88. La malade se plaint toujours du ventre. On ne la touche pas de crainte de provoquer une nouvelle crise.

5 h. 35. — Un flot de liquide s'écoule de la vulve ; et aussitôt après, expulsion d'un enfant vivant, âgé de 7 mois environ, de sang liquide et de caillots. Hauteur utérine : 11 centimètres. P. 60 ; T. 37°,4. L'utérus est dur et bien contracté.

6 h. 30. — Expulsion du placenta. Mensuration des membranes : 30 sur 7. Longueur du cordon : 40 centimètres. L'enfant a succombé à 9 heures du matin. Pendant cette journée, l'état de la malade fut relativement satisfaisant. Elle répondait assez bien aux questions qu'on lui posait, mais elle refusait de

faire connaître son état civil que nous tenions à connaître, en cas d'accident. T. 37°,6 ; P. 72 à 75. La quantité d'albumine n'est plus que de 1 gr. 80.

4 heures. — Crise. Rien ne pouvait la faire prévoir. Il a suffi de quelques inhalations de chloroforme pour la faire cesser. Elle a duré une minute environ. P. 144 ; T. 37°,1. Le coma a duré un quart d'heure seulement. Nous voyons la malade à 5 heures. Craignant l'apparition de nouvelles crises, nous décidons de pratiquer une seconde ponction lombaire. Anesthésie au chloroforme. La première ponction donne du sang pur. Nous retirons l'aiguille ; même résultat une seconde fois. Nous retirons à nouveau l'aiguille et nous ponctionnons du côté opposé de la ligne médiane. Il s'écoule lentement, goutte à goutte, un liquide plus légèrement rosé que celui de la première ponction. Aussi, vu la lenteur de l'écoulement, nous n'avons retiré que quelques centimètres cubes (deux environ) de liquide. Nous avions employé la même aiguille et elle était bien perméable, comme nous l'avons constaté après coup.

Quelques instants après la ponction, le pouls nous a paru petit et irrégulier. Nous avons aussitôt fait une injection de caféine et une injection d'éther. A 7 heures, P. 80, bien frappé.

23. — Vers 2 heures du matin éclate une nouvelle crise, provoquée par l'excès de zèle de l'élève de garde qui, dans l'espace de quelques heures, a fait deux grands lavages intestinaux, a donné un lavement de chloral, immédiatement rendu, et fait trois toilettes.

Quelques inhalations de chloroforme ont calmé la crise. Pendant l'accès le pouls était petit et rapide, de 130 à 140 environ. L'accouchée est demeurée à peu près une heure plongée dans un état de stupeur assez accusé. Toutefois elle reconnaissait très bien ce qui se passait autour d'elle.

Le matin, nous avons constaté que l'ictère était de plus en plus accusé. Ce jour-là, première miction spontanée. On continue le même régime. La malade boit beaucoup de tisane de stigmates de maïs (50 grammes de lactose par litre), 2 litres environ, et 1 litre de lait, au maximum. Vu l'état de dépression dans lequel elle est plongée, nous avons fait donner un peu de champagne.

Lavages de toutes les cavités : nez, oreilles, bouche. Instillation d'huile mentholée dans le nez ; lavage des yeux et instillations d'argyrol à 20 p. 100. Tous les matins, les paupières étaient collées et il s'écoulait un peu de pus. Nettoyage des brûlures de la face et des lèvres produites par le chloroforme.

24. — La malade, en dehors de tout accident éclamptique et de toute complication utérine, présente une dilatation aiguë de l'estomac, sur laquelle nous avons insisté précédemment. (Voir communication : Dilatation aiguë de l'estomac chez les éclamptiques. *Bulletins de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Paris*, avril 1907.)

27. — Le mieux continue. L'œdème palpébral a disparu, mais il persiste au niveau de la face dorsale des mains. L'ictère a diminué d'intensité.

28. — Le mieux persiste ; la température et le pouls sont encore assez élevés et pendant ces deux journées la température du soir oscille aux environs de 38°,5, le pouls étant aux environs de 100.

Depuis quelques jours la malade se plaint de la région lombaire droite. Par la palpation nous constatons que le pôle inférieur du rein est accessible et douloureux. La douleur se propage tout le long de l'uretère, au niveau du point para-ombilical. La pression de l'uretère au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite provoque aussi de la douleur. Les urines sont uniformément troubles, avec dépôt abondant au fond du vase.

1er *janvier*. — Urines : quantité, 1.200 grammes environ.

Examen microscopique des urines aussitôt après émission : polynucléaires très nombreux. Très nombreux microbes ayant les caractères morphologiques du colibacille. — Traitement : urotropine.

2. — Station assise dans le lit depuis midi. Urines recueillies aseptiquement. A l'émission, elles sont uniformément troubles. Examen microscopique : polynucléaires moins nombreux. Microbes toujours abondants. — Quantité d'urines : 1.500 grammes.

3. — Quantité : 2 litres. Troubles sur toute la hauteur avec dépôt abondant au fond.

4. — Examen microscopique (1) d'une goutte d'urine sans centrifugation. Coloration au bleu.

Amas de bacilles de dimensions variables, de 4 à 8 millièmes de millimètre, dont quelques-uns groupés en forme de chaînette : streptocoques, bacilles. Le corps des bacilles présente des points clairs qui n'ont pas pris la matière colorante (signe de dégénérescence). Quelques polynucléaires. Urines recueillies pour ensemencement. Coli-bacille pur.

6. — *Examen microscopique après centrifugation*. — Bacilles ayant les mêmes caractères morphologiques que ceux de la préparation du 4 janvier, mais bien moins nombreux, malgré la centrifugation.

Par contre, les polynucléaires sont très abondants, de 15 à 20 par champ. Certains sont mal colorés. Quelques lymphocytes. Quantité : 1.500 grammes environ.

D'autres examens ont été faits. Peu à peu les éléments du pus ont diminué. Au bout d'une quinzaine de jours, ils étaient fort rares. Au commencement de février il n'y en avait plus. Le pus a persisté une quinzaine de jours environ. La pyélonéphrite a cédé au traitement ordinaire : station assise sur le lit, urotropine, diurétiques. Nous avons fait aussi quelques lavages vésicaux au permanganate en solution à 1 p. 4.000, à cause de l'odeur ammoniacale des urines. Le réservoir urinaire avait une capacité normale et la pénétration du liquide ne provoquait aucune douleur.

Dès le commencement de janvier nous avons mis la malade au régime déchloruré : lait et pommes de terre, auxquelles nous avons ajouté des farines de seigle et d'orge.

L'urination s'est toujours faite dans de bonnes conditions et les urines sont

(1) Cet examen a été pratiqué par le chef du laboratoire d'hygiène, le docteur Gautié, à qui nous adressons nos remerciements.



peu à peu devenues claires. Les globules du pus ont d'abord disparu, puis les coli-bacilles. L'évolution complète de la pyélo-néphrite a duré un mois environ. Au milieu de janvier la malade a présenté aussi quelques complications pleuro-pulmonaires qui ont rapidement cédé à un traitement approprié. T. 39° et 39°,6. Nous avons observé la malade jusqu'au 16 février, jour où elle a quitté le service; la dernière quinzaine n'a été marquée par rien d'anormal. La malade est restée jusqu'au dernier moment au régime déchloruré. Il n'y a plus d'ailleurs d'albumine dans ses urines et elle ne prend plus aucun médicament.

Régime : deux pommes de terre bouillies, un litre de lait, une farinette de blé par jour. L'état de la malade est de plus en plus satisfaisant et même, quelques jours avant de quitter le service, elle nettoie elle-même sa chambre et fait son lit. La température est stationnaire au-dessous de 37° et le pouls est resté dans les mêmes limites, oscillant entre 60 et 80 pulsations.

La seule complication qui persiste est encore une plaie de la jambe gauche, due à une brûlure dont le pansement a été fait régulièrement, mais dont la cicatrisation n'est pas complète.

La malade sort le 16 février, promettant de revenir; nous ne l'avons plus revue.

Obs. II. — *Éclampsie. — Ponction lombaire. — Mort.* — Obs. n° 8 (1907).

La nommée X..., primipare, âgée de 20 ans, est entrée à la Clinique le 15 janvier 1907, à 4 heures du matin, en période de coma éclamptique; la crise avait éclaté au moment précis où l'on descendait la malade de voiture.

La sage-femme qui l'accompagnait a donné les renseignements suivants :

« Le travail a débuté le 14 janvier à 8 heures du soir, ou plutôt à ce moment l'effacement du col était complet. A une heure du matin, dilatation de 5 centimètres.

« A 2 heures, première crise d'éclampsie. Durée : quelques minutes.

« A 2 h. 30, nouvelle crise de peu d'intensité. Dilatation de 8 centimètres environ.

« Vu l'état de la malade, je l'envoie immédiatement à la clinique. » Tels sont les renseignements fournis par la sage-femme.

Troisième crise à 4 h. 15. Dès que la malade est couchée (4 h. 15), éclate une nouvelle crise. Administration de chloroforme : la crise avorte. Aussitôt après, la malade tombe dans le coma. On pratique le toucher : la dilatation est complète, la tête profondément engagée et les membranes rompues. On ignore le moment précis de la rupture de la poche des eaux. Il y a une bosse séro-sanguine volumineuse, masquant la fontanelle postérieure que l'on perçoit difficilement. Tête bien fléchie; suture sagittale orientée suivant le diamètre transverse.

Diagnostic : O. I. G. T.

On sonde la malade et on retire un litre d'urine environ, qui renferme :

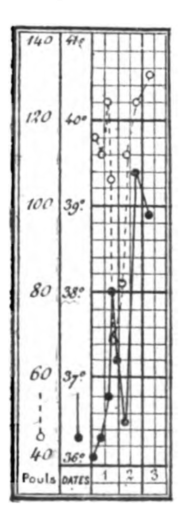
Albumine	en très grande quantité
Urée	17 gr. 93
Chlorures	6 gr. 8

Bruits du cœur du fœtus : 120, bien frappés; maximum au niveau de la ligne blanche. Immédiatement, tout est préparé pour une application de forceps.

A 5 heures, nouvelle crise, la quatrième. Inhalations de chloroforme. La sage-femme de garde avait fait prévenir le chef de clinique, M. Fournier, dès l'entrée de la malade; il arrive à la fin de la quatrième crise. A ce moment la dilatation est complète, la rotation presque entièrement effectuée. Après avoir constaté que la tête est petite, mal ossifiée et que les contractions utérines sont faibles, il termine immédiatement par une application de forceps en O. P. Pendant l'extraction les bruits du cœur tombent à 80. Le périnée étant très résistant, il n'est guère possible de hâter l'extraction, sous peine de le faire éclater.

Les bruits se maintiennent à 80 pendant tout le temps de l'extraction, qui a duré exactement 10 minutes. Périnée intact. L'enfant naît étonné et fortement cyanosé; le cordon bat. Il suffit de pratiquer l'aspiration des mucosités et quelques aspersions d'eau froide sur la poitrine pour le ranimer. Il pèse 2.100 grammes.

Délivrance par expression simple à 5 h. 45. Le placenta est complet. Il est formé de deux masses distinctes, d'aspect très différent. L'une volumineuse, régulièrement arrondie, est très épaisse, œdématiée, et présente tous les caractères du placenta syphilitique. L'autre, qui a la forme d'un croissant embrassant la périphérie de la masse principale, présente tous les caractères du placenta albuminurique. A ce niveau, en effet, le tissu placentaire est complètement dégénéré et ressemble à un tissu lardacé. Çà et là, existent aussi des noyaux durs et blanchâtres, reliquats de foyers hémorragiques anciens On remarque en outre un cotylédon accessoire de la dimension d'une pièce de deux francs et une insertion vélamenteuse; les éléments du cordon ne se fusionnent qu'à quelques centimètres du bord du placenta.



(5°). Quelques instants après l'accouchement, la malade a eu une nouvelle crise, arrêtée aussitôt par des inhalations de chloroforme.

(6° crise, 8 h. et demie.) Autre crise arrêtée aussi par des inhalations de chloroforme. Après la crise, la malade tombe dans le coma.

T. 36°,1 ; P. 116.

10 heures. — Lavage de l'intestin à l'eau bouillie ; expulsion d'une grande quantité de matières fécales sentant très mauvais. Quelques instants après, un lavement purgatif provoque à nouveau l'expulsion de matières fécales dures.

11 heures. — A 11 heures, M. Audebert voit la malade et décide de pratiquer la ponction lombaire. Pour cette ponction, M. Fournier a employé la

même aiguille que dans le cas précédent, et tandis que chez notre première éclamptique le liquide s'était écoulé sous forme de jet, ici, au contraire, l'issue s'est faite goutte à goutte, et lentement. Le liquide est absolument clair. Quantité retirée : de 10 à 12 centimètres cubes. L'examen microscopique n'a rien révélé d'anormal ; pas de globules rouges, pas de leucocytes.

A midi et demi, on donne à la malade un nouveau lavement évacuateur qui provoque l'expulsion de matières fécales abondantes.

1 h. 20. — Nouvelle crise. Inhalation de chloroforme et d'oxygène. T. 36°,8 ; P. 128. Après chaque crise, le coma persiste. D'ailleurs, depuis le matin, la malade n'a pas repris connaissance et le coma a persisté, même durant l'intervalle des crises.

3 heures.—Nouvelle crise. Chloroforme. Lavement de chloral. T. 38° ; P. 106.

4 heures un quart. — Cathétérisme. On recueille 600 grammes d'urine, qui contiennent :

Albumine	grande quantité
Urée	15 gr. 62
Chlorures.	3 gr. 8

En résumé, depuis deux heures du matin, c'est-à-dire dans l'espace de treize heures environ, la malade a eu huit crises. Les deux crises qui sont survenues après la ponction lombaire, ont paru un peu moins fortes qu'auparavant. Leur durée a été un peu moindre, mais le coma ne paraît pas avoir été modifié aussi profondément que dans le premier cas. Avant de faire la ponction lombaire, on avait mesuré la tension sanguine avec l'appareil de Potain.

A ce moment, la malade était sous l'influence du chloroforme que l'on avait administré à nouveau. Voici les résultats : à droite, 18 ; à gauche, de 19 à 20. Pouls 70.

Le soir, à 6 heures : à droite, de 17 à 18 ; à gauche, de 23 à 24.

Le soir, vers 7 heures (8 heures après la ponction), la malade s'agite et paraît sortir du coma dans lequel elle avait été jusqu'alors plongée. Elle se tourne, se plaint, mais ne répond nullement aux questions qu'on lui pose. Au bout de quelques instants, elle retombe dans un coma aussi intense et, à nouveau, la respiration devient stertoreuse et bruyante.

Le mercredi, 16 janvier, à 2 heures du matin, on sonde la malade. Le taux des urines pour les 24 heures est de 800 grammes. Il est à noter qu'il y a eu des mictions perdues au moment de l'expulsion des matières fécales à la suite du lavage intestinal ou du lavement purgatif. A ce moment, soit 14 heures après la ponction, le coma a diminué d'intensité et la malade paraît dormir d'un sommeil presque normal. On lui fait boire de la tisane lactosée. 6 heures du matin : T. 36°,5 ; P. 112. — 8 heures du matin : T. 36°,4 ; P. 82.

Le matin, à la visite, M. Audebert examine la malade et, constatant que la respiration était rapide, la malade agitée, ordonne un nouveau lavement de chloral.

11 heures et demie. — T. 36°,2 ; P. 92. Sous l'influence du chloral, la malade

devient plus calme et la respiration plus régulière. Pendant l'après-midi, vers 3 heures, elle répond aux questions qu'on lui pose, demande à boire et se plaint de violents maux de tête. Cette céphalée persiste et la malade se plaint sans cesse.

7 heures du soir. — T. 36°,8. P. 100.

10 heures du soir. — La malade est dans un état demi-comateux. Elle se plaint lorsqu'on essaie de la déplacer dans son lit. La respiration est encore un peu bruyante, mais moins que le matin. Tension sanguine : à droite, 15 et demi, à gauche, 17.

Jeudi, 17 *janvier*. — A 2 heures du matin, la femme urine seule. Urines des 24 heures : 500 grammes, troubles, pas de dépôt. En même temps, expulsion de matières fécales grises, répandant une odeur nauséabonde. A 6 heures du matin, la femme a une petite miction involontaire. T. 37°,3 ; P. 100.

A 9 heures : Cathétérisme : on recueille 300 grammes d'urine. A la visite, l'état général paraît meilleur. La malade répond aux questions qu'on lui pose, mais seulement par monosyllabes. Elle est encore dans un état demi-comateux. Toutefois, lorsque nous lui demandons si elle veut boire, elle nous répond que oui et elle-même s'assied sur son lit, où cependant il faut la soutenir. Elle boit avec avidité du lait et de la tisane. La peau présente une coloration ictérique assez marquée. Les conjonctives ont aussi une teinte ictérique et les pupilles sont dilatées. T. 38°,6; P. 112.

Cathétérisme : 225 grammes d'urine. En pressant, à la fin de la miction, sur la vessie, on donne issue à des urines troubles, d'aspect purulent.

A 5 heures du soir : T. 39°,4 ; P. 124. Il est probable que l'hyperthermie est causée par une infection intestinale. Aussi prescrit-on un grand lavage intestinal, qui provoque des selles abondantes, jaunâtres et dures.

Depuis quelques heures, la malade est retombée dans le coma.

Pendant la nuit, la malade est agitée et se plaint constamment. T. 38°,5 ; P. 128. La respiration est maintenant stertoreuse.

Vendredi 18. — Urines des 24 heures, à 2 heures du matin : 850 grammes, dont voici la composition chimique :

Réaction.	fortement acide
Urée	4 gr. 48
Chlorures	2 gr. 3
Phosphates.	0 gr. 92

A 5 heures : Purgation : huile de ricin. A 7 heures et demie : T. 38°, 9. P. 130. A 8 heures : Le cathétérisme ramène 50 grammes d'urine, ayant une forte odeur ammoniacale et une coloration foncée, puis surviennent des accidents de dilatation aiguë de l'estomac et de l'intestin. Mort à 3 h. 45 (1).

(1) Consulter pour les détails notre communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie sur *la dilatation aiguë de l'estomac chez les éclamptiques*, séance d'avril 1907.



Quant à l'enfant, il avait succombé le deuxième jour de sa naissance, après avoir présenté des vomissements noirâtres, ressemblant à de la suie délayée.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate une distension très marquée de l'intestin et de l'estomac (1).

Reins pâles, se décortiquent avec la plus grande facilité. Rein droit : poids, 190 grammes; Rein gauche : poids, 180 grammes. Scissure oblique très accusée sur la face postérieure du rein droit.

Foie. — Très volumineux, pâle. A la coupe : consistance ferme analogue à celle de la cire molle; pas de foyers hémorragiques soit extra, soit intra-capsulaires. Poids, 2.050 grammes.

Rate. — Volume normal; pas d'hémorragies sous-capsulaires; molle, friable.

Cavité thoracique. — A l'ouverture de la cage thoracique, on constate, au niveau de la face antérieure et des bords du sac péricardique, un piqueté hémorragique formé de taches ayant presque la dimension d'une lentille ; certaines ont les dimensions d'une tête d'épingle et s'étendent même jusque sur le diaphragme. Les taches étaient presque confluentes au niveau du bord gauche et de la région correspondant à la pointe du cœur.

Poumon gauche. — Adhérences pleurales du sommet. Toute cette région est congestionnée.

Poumon droit. — Rien à noter soit à l'examen, soit à la coupe.

Cœur — Gros, pâle, dilaté, épanchement séro-sanguinolent peu abondant dans le sac péricardique.

Cerveau. — Le cerveau paraît intimement accolé à la dure-mère. Au niveau du sinus longitudinal, la dure-mère adhère intimement au cerveau. Le sinus longitudinal est bordé aussi par un fin piqueté hémorragique situé dans l'épaisseur de la dure-mère.

Autopsie de l'enfant Les organes du fœtus ne présentaient rien d'important à signaler.

Toutefois le sinus longitudinal était très dilaté ainsi que tous les vaisseaux de l'écorce cérébrale.

Nous avons recherché dans la littérature obstétricale les cas d'éclampsie traités par la ponction lombaire, et nous avons pu en recueillir 46 en comptant nos deux observations personnelles.

Dans un cas de Helme (2) il s'agissait d'une femme enceinte de 6 mois qui avait de la céphalée et de l'œdème, et qui fut prise, deux heures avant l'accouchement, de convulsions éclamptiques fréquentes et intenses. Après quinze accès, elle tomba dans le coma; les diaphorétiques, le chloral, l'extrait thyroïdien, l'entéroclyse, l'épidermoclyse n'ayant pas

(1) *Ibid.*
(2) Helme, *British Gynecolog. Journal*, mai 1904.



donné de succès, Helme fit la ponction lombaire, le liquide s'écoula avec force. Il y eut deux autres accès convulsifs; on continua le traitement thyroïdien, on donna du sulfate de magnésie et de fer, la femme guérit. En raison de la variété des traitements employés dans ce cas, il reste un doute sur la valeur de la ponction lombaire, sans compter que les cas de guérison ne sont pas rares avec les autres médications.

Krönig (1) a pratiqué chez 3 malades la rachicentèse, et il a constaté l'amélioration de tous les symptômes sept ou huit heures après l'opération; les trois malades guérirent. On peut se demander si l'amélioration observée après la ponction et si les trois guérisons sont réellement dues à celle-ci, car chez deux de ces femmes on pratiqua la césarienne vaginale, et chez l'autre la ponction fut faite 24 heures après l'accouchement et seulement parce que la femme, qui n'avait plus d'accès, présenta une cyanose très marquée et tomba dans le coma.

Il nous semble que, malgré ces réserves qui appartiennent à l'auteur, le dernier fait surtout est assez démonstratif en faveur du nouveau traitement.

Henkel (2), assistant d'Olshausen, à Breslau, a rapporté en 1904 une statistique très importante comprenant 16 cas. Il avait commencé ses études sur ce sujet en 1901, mais ne les avait pas publiées parce que les résultats thérapeutiques lui paraissaient peu encourageants. Sur ces 16 cas, il a eu quatre morts, soit 25 p. 100, alors que la mortalité ordinaire est de 20 p. 100. Pour lui, l'hypertension n'est pas la règle dans tous les cas.

Sept fois pas une goutte de sang ne s'est écoulée par la canule;

Cinq fois il a obtenu 2 ou 3 centimètres cubes de liquide;

Quatre fois le liquide jaillit violemment.

Le liquide était normal dans tous les cas, de réaction alcaline, il contenait 0,25 p. 100 d'albumine. Pas de sucre, pas de substances réductrices; ensemencé après centrifugation, il est resté stérile; on n'a pas fait d'inoculation.

De Kaman nous possédons cinq observations, une terminée par la mort (3) après injection de tropococaïne dans le rachis, et quatre autres rapportées par Mirto (4) avec guérison des quatre femmes.

(1) Krönig, *Central. für Gyn.*, 1904.
(2) Henkel, *Central. für Gyn.*, novembre 1904.
(3) Kaman, *München. med. Woch.*, 1902.
(4) Mirto, *Annali di Ostetricia*, décembre 1905.

Ballantyne (1) rapporte une observation d'éclamptique avec mort du fœtus; la malade mourut malgré la ponction lombaire, mais c'était un mauvais cas, les lésions rénales étaient très avancées. Ballantyne conclut en disant que la ponction lombaire est surtout utile pour diminuer la fréquence des crises; c'est là sa principale indication. Mais, si l'on obtient une amélioration, il ne faut pas négliger les moyens thérapeutiques habituels.

A la Société obstétricale de Paris eut lieu, le 17 novembre, 1904 une discussion très intéressante à la suite d'une communication de Bar (2). Chez une primipare apportée à la Maternité de Saint-Antoine après deux attaques et qui présenta dans les premières heures de violents accès suivis de coma, Bar pratiqua la ponction lombaire et retira 20 centimètres cubes de liquide rouge qui, recueilli dans quatre tubes successifs, offrait une coloration identique. La malade succomba, et, à l'autopsie, on trouva le liquide céphalo-rachidien rouge et la pie-mère très congestionnée. D'après M. Bar, la coloration rouge du liquide céphalo-rachidien est le signe d'une hémorragie atteignant la grande cavité méningée et implique par conséquent un pronostic particulièrement grave; il est donc utile de pratiquer la ponction lombaire pour établir le diagnostic de l'hémorragie méningée dans le coma éclamptique.

M. Maygrier dit avoir observé, après une ponction lombaire où le liquide était aussi coloré en rouge, une amélioration marquée de tous les symptômes: cessation des attaques, diurèse; seule persista l'obnubilation intellectuelle; la malade guérit. Donc la présence de sang dans le liquide rachidien ne signifie pas toujours un pronostic fatal.

C'est aussi l'avis de M. Budin.

Dans la même séance, M. Boissard déclare avoir fait plusieurs ponctions lombaires : une fois en particulier chez une éclamptique gravement atteinte, qui guérit après ponction lombaire et issue de 20 centimètres cubes de liquide absolument clair et limpide.

L'année suivante, à la Société obstétricale de France (3), M. Bar, revenant sur cette question, publia en collaboration avec Lequeux une nouvelle observation dans laquelle une ponction lombaire, ayant amené cette fois encore l'issue de liquide rouge, fut suivie de mort.

(1) Ballantyne, *Obstétrique*, 1906, p. 79.
(2) Bar, *Bulletin de la Société obstétricale de Paris*, 1904.
(3) Bar, *Bulletin de la Société obstétricale de France*, 1905.

En 1906, Thies (1) fournit une statistique portant sur 17 observations personnelles, dont il distrait 3 cas. Il a observé une mortalité de 7 femmes sur 14; jamais il n'a pratiqué la ponction lombaire comme premier traitement : ce n'est qu'après l'échec de la saignée et des injections d'eau salée, et surtout dans les cas graves caractérisés par la fréquence des accès, l'élévation de la température et l'altération de l'état général, qu'il s'est décidé à ponctionner les méninges rachidiennes. Le liquide extrait était ordinairement clair, renfermant peu ou point de leucocytes; dans un cas il était trouble avec quelques globules rouges, dans un autre il était nettement sanglant. D'après lui, la ponction lombaire ne donne pas des résultats très heureux; elle paraît diminuer la durée du coma, sans avoir d'action sur le nombre et l'apparition des accès.

En totalisant toutes ces observations et en y joignant les deux nôtres, nous obtenons le tableau suivant :

	Nombre de cas traités par la ponction lombaire	Morts
Helme	1	0
Krönig	3	0
Henkel	16	4
Kaman	5	1
Ballantyne	1	1
Bar	1	1
Maygrier	1	0
Boissard	1	0
Bar et Lequeux	1	1
Thies	14	7
Audebert et Fournier	2	1
	46	16

Ce qui nous donne une mortalité de $\frac{16}{46}$ soit 35 pour 100.

Ce chiffre, sensiblement plus élevé que dans les cas non traités par la ponction lombaire, doit être expliqué. En réalité il n'exprime que très infidèlement la valeur exacte de ce nouveau traitement.

En effet, Ballantyne fait remarquer qu'il n'y a eu recours que dans un mauvais cas, où existaient des lésions très avancées de l'épithélium rénal. Thies l'a employé seulement après l'échec des autres méthodes

(1) Thies, *Central. für Gyn.*, 1906, p. 649.

thérapeutiques. Il en a été sûrement de même pour beaucoup d'accoucheurs, qui se sont adressés d'abord aux traitements usuels et n'ont pratiqué la rachicentèse qu'en désespoir de cause, alors que la situation de la malade paraissait presque désespérée. Nous-mêmes nous ne nous sommes résolus à cette intervention que devant la gravité des symptômes et l'imminence d'une terminaison fatale. On comprend que les résultats d'une thérapeutique *in extremis*, quelle qu'elle soit, ne peuvent être très brillants.

De plus, nous ne pouvons tabler que sur des statistiques incomplètes, à part toutefois celles de Henkel et de Thies. A notre connaissance du moins, Bar n'a rapporté que deux cas, particulièrement intéressants il est vrai, où la ponction lombaire a ramené un liquide sanglant. Il est à supposer que M. Bar a pratiqué la rachicentèse dans d'autres cas et avec un résultat plus favorable.

De même Boissard ne cite qu'un cas qui lui paraît démonstratif, parce que la femme, très gravement atteinte cependant, a guéri ; mais il déclare avoir fait dans d'autres cas la ponction lombaire.

Une dernière cause d'erreur peut tenir enfin à ce que la mort est très souvent due à des complications secondaires. On connaît en particulier la fréquence des infections puerpérales chez les éclamptiques ; et pour ne citer qu'un fait personnel, dans notre seconde observation, la malade a succombé à une infection généralisée ayant l'utérus pour point de départ et à une dilatation aiguë de l'estomac.

Il nous paraît donc que le chiffre si élevé de la mortalité résultant de la statistique citée plus haut ne peut être acceptée d'une façon absolue et servir de base à une appréciation exacte de la valeur de la ponction lombaire. Et d'ailleurs, il nous semble que la question a été mal posée jusqu'à présent. On a voulu comparer le traitement de l'éclampsie par la ponction lombaire avec les autres méthodes et on a établi un tableau de mortalité dans les deux cas.

C'est là, nous semble-t-il, un point de vue inexact. Pour nous du moins, la ponction lombaire ne constitue pas un traitement de l'éclampsie, mais des convulsions éclamptiques, ce qui n'est pas du tout la même chose. L'éclampsie, tout le monde à peu près l'admet aujourd'hui, est une toxi-infection, d'ordre maternel ou fœtal, amenée par une insuffisance du foie ou du rein. Ce qui le prouve, c'est l'existence presque constante de lésions de la cellule hépatique et de l'épithélium glomérulaire. En soustrayant par la ponction sous-arachnoïdienne

quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, pense-t-on agir sur la cellule hépatique et sur l'épithélium du rein ? Espère-t-on rendre à ces organes leur fonction déficiente ? Non ! On veut seulement diminuer l'excès de pression dans la cavité rachidienne, amener ainsi la décompression des centres nerveux, et par suite obtenir un résultat favorable sur les convulsions et sur le coma. Dans plusieurs observations on a noté, en effet, après la ponction lombaire, une amélioration évidente, caractérisée par la diminution du nombre des attaques et l'abréviation du coma.

La lecture de nos observations prises minute par minute, avec le plus grand soin, est particulièrement instructive à ce point de vue. Voici d'abord un tableau montrant la succession des crises avant et après la ponction.

Observation I

20 *décembre* : 1re crise à 10 h. matin ;
2e crise à 1 h. soir ;
3e crise à 1 h. 55 ;
4e crise à 2 h. 55 ;
5e crise à 4 h. 20 ;
6e crise à 4 h. 25 ;

Ponction lombaire à 5 h. 20.
7e crise à 5 h. 50 ;
8e crise à 6 h. 30 ;
9e crise à 9 h.

On voit donc que la femme, qui avait eu avant la ponction six accès en sept heures, en a présenté après trois seulement, qui ont été moins intenses (quelques gouttes de chloroforme ont suffi pour les enrayer) et suivis tous d'un coma moins profond et moins prolongé.

Trois heures après la rachiponction, la malade est plus calme, quoique son sommeil soit encore troublé par des plaintes et quelques mouvements convulsifs.

Huit heures après, elle peut boire d'elle-même quelques gorgées de liquide et balbutier quelques paroles. Puis elle reprend complètement connaissance, parle distinctement et répond à nos questions. Elle

reste dans cet état satisfaisant jusqu'à ce que, sous l'influence des contractions utérines du travail, survienne un nouvel accès (le septième, 30 heures après le sixième), suivi de deux autres de moins en moins accusés, et dans l'intervalle desquels elle parle et garde sa parfaite intelligence, refusant par exemple de dévoiler son identité. La diurèse est beaucoup plus abondante et les urines émises, de 8 heures du soir à 9 heures du matin, s'élèvent à 650 grammes, alors que dans une période antérieure on n'avait pu en retirer par la sonde que 160 grammes.

Donc, espacement, diminution d'intensité, puis cessation des crises, coma moins profond et moins prolongé, excrétion urinaire plus abondante, tels sont les premiers résultats de la ponction lombaire. A partir de ce moment-là, on ne constate aucune convulsion, aucun trouble psychique et, après des complications variées (dilatation aiguë de l'estomac, pyélo-néphrite), l'accouchée quitte le service en parfait état.

Observation II.

15 *janvier* : 1re crise à 2 h. matin ;
2e crise à 2 h. 30 ;
3e crise à 4 h. 15 ;
4e crise à 5 h. ;
5e crise à 5 h. 50 ;
6e crise à 8 h. 30.

Ponction lombaire à 11 h. et demie.
7e crise à 1 h. 20 soir ;
8e crise à 3 h.
Le 18 *janvier* à 3 h. 45, mort.

Après la rachicentèse nous n'avons observé que deux accès, le coma restant d'abord aussi profond. Mais, au bout de quelques heures, un sommeil calme succède au coma et le surlendemain on peut obtenir quelques paroles monosyllabiques ; malheureusement, des accidents gastro-intestinaux très graves se déclarent, qui emportent la malade le troisième jour. Malgré la terminaison fatale, nous ne pouvons ne pas insister sur ce fait très probant, que deux attaques convulsives seulement se sont produites après la ponction et que les deux derniers jours se sont écoulés dans un calme relatif et sans la moindre ébauche de convulsion.

Quoique la question ait été déjà posée à plusieurs reprises, en particulier par M. Bar, nous ne dirons que quelques mots sur la valeur pronostique de la ponction lombaire. Pour Bar, la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien implique fatalement un pronostic mortel, à condition que l'opérateur ait évité toute faute de technique. Les observations de ce genre sont encore en trop petit nombre, pour que nous nous croyons autorisés à formuler des conclusions fermes, bien que notre première observation puisse être interprétée dans un sens contraire à l'opinion de Bar.

Quant à sa valeur thérapeutique, nous pensons que, sans constituer le traitement de choix, la ponction lombaire doit être conservée et même généralisée dans la thérapeutique de l'éclampsie, avec cette réserve toutefois, que ce ne peut être qu'un traitement *symptomatique* et non un traitement *causal*. Elle ne s'adresse, en effet, qu'aux troubles cérébro-spinaux, et elle est dépourvue de toute action sur les lésions hépatiques et rénales qui sont de règle dans la toxémie gravidique.

On se tromperait cependant si l'on croyait que la rachicentèse n'a d'effet utile que sur l'intensité et la fréquence des convulsions. Il est plus que probable que, en diminuant la compression et la congestion de tout le système cérébro-spinal, elle doit influer, dans bien des cas, d'une façon favorable sur la terminaison de la maladie, en mettant la malade à l'abri des hémorragies bulbaires ou méningées qui entraînent si souvent et si brusquement la mort.

Il y aura indication d'y recourir dans tous les cas graves, quand les accès convulsifs se multiplient et tendent à devenir sub-intrants, quand le coma persiste et quand il y a oligurie marquée ou anurie. Quoique l'hypertension artérielle et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien soient fréquemment dissociées, nous croyons qu'il y aura intérêt à ponctionner le rachis toutes les fois que le sphygmo-manomètre indiquera une pression notablement supérieure à la normale.

Mais si la ponction lombaire doit être, selon nous, utilisée dans tous les cas graves d'éclampsie, nous nous garderons bien d'en conseiller l'emploi exclusif et, à l'exemple de Thies, nous n'y aurons recours que concurrement aux autres procédés thérapeutiques, qui ont fait leurs preuves depuis longtemps et dont une longue expérience a démontré la valeur (purgatifs, saignée, diète hydrique, méthode des trois lavages, etc.). Ces traitements doivent être appliqués simultanément, et on

aurait tort, à nos yeux, d'attendre l'échec des médications usuelles pour ponctionner les méninges rachidiennes. Les observations que nous avons rapportées plus haut nous ont appris que la rachicentèse pratiquée trop tardivement reste sans effet.

Et nous concluons en disant que, dans la lutte que le médecin engage contre le poison éclamptique, ce serait faire acte d'imprévoyance, que de rejeter volontairement une arme dont l'innocuité est incontestable et dont l'efficacité a été établie par un certain nombre de faits.

CONGRÈS NATIONAL

DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

5[e] SESSION — *Alger*, du 1[er] au 6 *avril* 1907.

(*Suite*.)

TROISIÈME QUESTION

Des prolapsus génitaux.

E. Delanglade (Marseille), **rapporteur** (1).

DISCUSSION. — **Treub** (Amsterdam). — Je m'associe aux remarques de M. Delanglade lorsqu'il nous dit que, dans ces déchirures complètes du périnée, on ne voit jamais de prolapsus; cela tient à ce que les déchirures s'étendent jusque sur le vagin et que leur cicatrisation est suivie de la formation d'une masse fibreuse, véritable pessaire cicatriciel fabriqué par le traumatisme.

Au point de vue de la classification des prolapsus, il y a lieu de distinguer les prolapsus par pression, qui sont exceptionnels, et les prolapsus par traction, de beaucoup les plus fréquents. Dans ces derniers c'est toujours la paroi vaginale antérieure qui commence la descente, entraînant avec elle la vessie; le poids de l'urine qui s'y accumule augmente encore la tendance au glissement; le col utérin lui-même finit par être attiré et subit une élongation dans sa portion sous-vaginale.

Contrairement à ce qu'a dit le rapporteur, j'emploie journellement les pessaires, qui sont très bien supportés et qui, du moment qu'on peut les placer au-dessus de la sangle des releveurs, prennent point d'appui sur elle et ne distendent nullement le vagin. Une injection quotidienne et un changement de pessaire tous les trois mois suffisent pour éviter tout accident.

L'opération, dont on abuse, ne fait du reste que créer un pessaire cicatriciel, qui quelquefois est une cause de gêne pour les malades. J'opère quand il n'y a plus de releveurs, et alors je fais à la fois une colporraphie antérieure et une grosse colpopérinéorraphie.

Pichevin (Paris). — Dans le prolapsus il y a à considérer tout un ensemble de lésions, les unes mécaniques, les autres inflammatoires ; enfin il y a lieu de tenir compte de lésions trophiques, diathésiques, dont Richelot a toutefois exagéré l'importance. Dans tous ces cas, les lésions principales portent sur l'appareil de suspension.

---

(1) Le rapport de M. Delanglade a été publié *in extenso* dans les *Annales*, 1907, p. 321.

Quelquefois le prolapsus n'est qu'un point dans une panoptose pour ainsi dire; en même temps qu'une chute de l'utérus, il y a de la néphroptose, de l'entéroptose, de la neurasthénie. Il est évident que dans ces derniers cas il n'y a pas lieu de proposer une opération classique.

Le traitement, dans les autres cas, diffère et ne peut évidemment être le même pour une cystocèle légère et pour un prolapsus ayant perdu droit de domicile dans l'abdomen.

En présence d'une déchirure du périnée avec rétrodéviation, très léger prolapsus, j'applique un pessaire; le plus souvent cela suffit pour soulager la malade; s'il est insuffisant, j'opère.

Quand le col est gros, enflammé, abaissé, les releveurs avachis, je recours à la colporraphie antérieure et à la colpopérinéorraphie, leur associant accessoirement le curettage, l'amputation du col, la vagino-fixation, l'opération d'Alquié-Alexander. L'hystéropexie abdominale est insuffisante. Quant à la myorraphie des releveurs, elle me semble correspondre à un emballement momentané. Le point important, c'est de pratiquer une large brèche vaginale, une bonne colpopérinéorraphie, rétrécissant le vagin au point qu'il n'arrive à avoir qu'un calibre correspondant à celui du doigt.

Hartmann (Paris). — Les pessaires me semblent insuffisants et peuvent, par leur séjour prolongé dans le vagin, être une source d'infection pour l'utérus et les trompes. Je n'y recours pas. Dans les très légers prolapsus, souvent accompagnés de faiblesse de la paroi abdominale, je fais porter une ceinture relevant fortement le bas-ventre. Cela suffit souvent pour soulager les malades et leur permettre de reculer l'opération pendant des années. Je conseille de même la ceinture abdominale dans ces cas de prolapsus légers avec paroi abdominale flasque et ptoses viscérales.

Lorsque l'opération est nécessaire, je crois, comme Delanglade, que le point essentiel est la myorraphie des releveurs. L'opération, contrairement à ce que vient de dire mon ami Treub, ne doit pas avoir pour but de créer un pessaire cicatriciel; elle doit chercher à reconstituer les parties dans un état anatomique aussi voisin que possible de l'état anatomique normal.

On y arrive en refaisant un corps musculaire périnéal. J'ai autrefois pratiqué un grand nombre de colpopérinéorraphies se rapprochant plus ou moins de l'opération type de Hegar. Aujourd'hui je dédouble toujours le périnée. Poussant aussi loin qu'il est nécessaire le décollement, je vais chercher les bords des releveurs, qu'on trouve toujours en arrière du bord postérieur de l'aponévrose moyenne du périnée. On les reconnaît tout d'abord mieux au doigt qu'à la vue, puis, quand on les a reconnus, on peut les isoler et les suturer au catgut. C'est là le point fondamental de l'opération.

Suivant les cas, il y a lieu de leur adjoindre soit une large colporraphie antérieure, soit une excision partielle de la paroi vaginale postérieure décollée, soit une amputation du col, soit même une hystéropexie abdominale antérieure, combinant ces diverses opérations suivant les indications et faisant le tout en une seule séance.

Dans quelques cas exceptionnels de prolapsus chez de vieilles femmes avec utérus atrophié, j'ai fait une opération intermédiaire en quelque sorte au cloisonnement du vagin de Le Fort et à la colpectomie totale de Muller ; j'ai excisé la plus grande partie des parois antérieure et postérieure du vagin et suturé ces larges avivements, ne laissant que deux petits pertuis latéraux. Lorsqu'il existe des lésions utérines (cancer, fibromes, etc.) indiquant l'ablation de l'organe, je l'enlève par le périnée et fixe le fond du vagin aux moignons des ligaments larges et des ligaments ronds de manière à le suspendre. J'y ajoute toujours la réfection du plancher périnéal, cette réfection constituant, comme nous l'avons dit, le point fondamental du traitement.

Boursier (Bordeaux). — Il est certain que dans les cas de prolapsus compliqués d'épithéliome, de salpingite ou de fibromes, la prédominance de la lésion utérine commande le traitement et indique l'ablation de l'organe. Il n'y a de même pas de discussions pour les femmes à tissus solides, où l'opération qui reconstitue le périnée constitue l'opération princeps. Mais, à côté de ces cas, il en est d'autres où, outre le prolapsus génital, il y a une série d'autres chutes abdominales, une néphroptose, une entéroptose, etc. Dans ces cas, quelle que soit l'opération pratiquée, il faut craindre la récidive, parce que les tissus sont mal nourris et qu'il existe une dystrophie générale compromettant les résultats opératoires.

Imbert (Marseille). — L'opération est préférable aux pessaires ; la discussion qui vient d'avoir lieu me rappelle celles si ardentes qui ont porté sur la cure opératoire des hernies. Il est certain que, suivant leur tempérament chirurgical, les uns conseillent l'opération, les autres le port d'un bandage ; il en est de même pour le traitement du prolapsus utérin.

Le Nouenn (Le Havre). — J'ai vu effectuer dans le service de Wertheim, à Vienne, une opération qui m'a paru lui donner d'excellents résultats ; aussi ai-je eu l'idée d'y recourir moi-même dans les cas de prolapsus très considérables : cette opération consiste à faire de l'utérus lui-même un véritable pessaire placé entre la vessie et la face antérieure du vagin.

Dans un premier temps, j'extirpe par la voie vaginale le col ; puis, après suture de la plaie, je taille un lambeau ovalaire sur la partie antérieure du vagin, opération qui me donne accès sur le cul-de-sac vésico-utérin : j'y attire par bascule le fond de l'utérus et je le fixe entre la paroi antérieure du vagin et la vessie, réunissant au-dessous de lui les bords de la plaie vaginale. Je complète, si besoin est, par la périnéorrhaphie postérieure.

Cette méthode donne des résultats bien supérieurs à ceux de l'hystérectomie vaginale, si souvent suivie de prolapsus du moignon vaginal ; car là l'utérus forme un véritable pessaire qui soutient la vessie et prévient son glissement. Et de fait, mes deux résultats, comme ceux d'ailleurs de Wertheim, sont de nature à encourager vivement vers l'adoption de cette technique (1).

(1) A rapprocher du procédé employé par Hofmeier dans un cas d'insuffisance fonctionnelle quasi absolue du sphincter vésical. *Annales de Gynéc. et d'Obst.* Novemb. 1906, p. 701. R L.



QUATRIÈME QUESTION

Indications thérapeutiques dans le cas de cancer utérin compliquant la grossesse.

Oui (Lille), **rapporteur** (1).

DISCUSSION. — **Calderini** (Bologne). — Un premier point à considérer est la difficulté qu'on éprouve quelquefois à faire le diagnostic de cancer au cours de la grossesse. Chez une femme enceinte, en présence d'une ulcération végétante du col j'ai pensé à un cancer. Comme j'avais quelques doutes, je fis une biopsie ; l'examen microscopique montra qu'il n'y avait pas cancer et la malade guérit par de simples pansements. D'une manière générale, je crois qu'il serait utile de traiter les ulcérations du col pendant la grossesse.

Quand le cancer est diagnostiqué, la ligne de conduite dépend surtout de l'âge de la grossesse. Pendant les premiers mois, il faut délibérément sacrifier l'enfant ; vouloir le conserver serait faire deux victimes, au lieu d'une. A terme, au contraire, il faut commencer par une césarienne, puis, après extraction rapide de l'enfant, terminer par une hystérectomie.

Sur le traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus.

J.-L. Faure (de Paris). — Depuis onze ans, je fais des hystérectomies abdominales. D'après la méthode de Wertheim, j'ai fait, de 1901 à la fin de 1905, des opérations que je considère comme régulières et satisfaisantes au point de vue technique. Au début de 1906, j'ai un peu modifié ma façon de faire. Les résultats en sont trop récents pour que je puisse en tirer une conclusion.

Voici mes résultats de 1901 à 1905:

Sur 18 malades opérées par la méthode de Wertheim, 12 sont sorties vivantes de l'hôpital. C'est une mortalité considérable, mais qui s'explique en partie par ce fait que j'ai opéré à cette époque des malades trop avancées, que je n'opérerai plus aujourd'hui, et aussi parce que je faisais systématiquement la recherche des ganglions. Ces évidements, auxquels j'ai renoncé, comme la plupart des chirurgiens, ont grossi la mortalité opératoire, sans donner de sérieuses chances de guérison définitive.

Sur ces 12 malades, une n'a pas été retrouvée, une a présenté une récidive presque immédiate. Une est morte de récidive au bout de 23 mois.

Les 7 autres sont en bonne santé et ne présentent aucune trace de récidive :

Une opérée depuis 1 an et 4 mois ;
Une — — 1 an et 6 mois ;
Une — — 2 ans et 6 mois;

(1) Le rapport de M. Oui a été publié *in extenso* dans les *Annales*, avril 1907, p. 193.

Une opérée depuis 3 ans;
Une — — 3 ans et 6 mois;
Une — — 3 ans et 8 mois;
Une — — 4 ans et 2 mois;
Une — — 4 ans et 7 mois;
Une — — 4 ans et 8 mois;
soit en moyenne de 38 mois et demi, plus de 3 ans.

Cela fait 75 p. 100 de guérisons durables et dont un bon nombre, j'en ai la conviction, seront définitives.

Ces résultats sont plus qu'encourageants, ils sont d'ailleurs comparables à ceux qui ont été obtenus par Wertheim lui-même.

La technique que j'ai employée est la seule qui permette de faire une dissection minutieuse de la région péricervicale et d'enlever en bloc l'utérus, la partie supérieure du vagin et le paramètre voisin. Elle seule permet de faire totalement la dissection des uretères dans la région où ils voisinent le col, et c'est en réalité dans cette dissection des uretères que se résume toute l'opération. Elle donne d'assez beaux résultats pour qu'on ne recule pas devant la difficulté.

MM. Imbert et Pieri (de Marseille), Pierre Duval (de Paris) ont proposé d'enlever l'utérus et le vagin ou une partie du vagin, en commençant par inciser circulairement le vagin par la voie vaginale et en continuant l'opération par la voie abdominale. Ce n'est, d'ailleurs, qu'un rajeunissement des anciennes hystérectomies vagino-abdominales, que l'on faisait déjà il y a une vingtaine d'années.

Je l'ai adoptée depuis un an environ; sa supériorité consiste, pour moi, en ce fait que la désinsertion vaginale permet d'attirer l'utérus par en haut, à ce point que les uretères deviennent très facilement accessibles et peuvent être facilement disséqués.

J'ai exécuté récemment l'opération de Schuchart et Schauta. C'est une opération délicate, dont je n'ai pas l'expérience suffisante pour en parler en connaissance de cause. Elle est très supérieure à l'hystérectomie vaginale commune et peut donner des guérisons durables. Mais peut-être est-elle inférieure à l'hystérectomie par voie haute, qui permet d'opérer à ciel ouvert et dans des conditions plus favorables.

Je crois cependant que c'est une bonne opération, une opération qu'il faut connaître, et, pour ma part, je crois qu'il faut l'employer chez une femme grasse, à parois abdominales épaisses, et chez laquelle une grande opération abdominale présente un caractère indéniable de gravité.

Pour tous les autres cas, et jusqu'à nouvel ordre, je reste partisan de l'opération de Wertheim avec des modifications d'ordre secondaire. Elle m'a donné d'assez beaux résultats jusqu'à ce jour pour que je n'aie nul désir de l'abandonner.

Pichevin. — La communication de M. J.-L. Faure mérite que l'on s'y arrête quelques instants.

Tout d'abord elle démontre d'une façon péremptoire que l'opération type de Wertheim est abandonnée par lui comme étant d'une gravité spéciale. En effet, M. J.-L. Faure accuse une mortalité opératoire considérable : 6 malades sur 18 ont succombé immédiatement des suites de l'intervention. Aussi, les chirurgiens qui, à la suite de la communication de Jonnesco au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Rome, ont entrepris l'opération idéale, l'hystérectomie abdominale totale avec évidement complet du tissu cellulaire, des ganglions et des lymphatiques de la cavité pelvienne et des fosses iliaques, ont fini par reconnaître, ainsi que le déclare nettement M. J.-L. Faure, que ces larges délabrements sont la cause d'une mortalité post-opératoire excessive et que l'ablation des ganglions ne donne pas de résultats éloignés satisfaisants.

Ces ganglions, a dit M. J.-L. Faure, ou sont cancéreux ou ne le sont pas. S'ils sont cancéreux, il est impossible de les enlever tous et, dans tous les cas, le résultat éloigné ne semble pas supérieur à celui que l'on obtient par l'hystérectomie abdominale faite autrement. S'ils sont indemnes de dégénérescence cancéreuse, ainsi que le fait existe très souvent, il est au moins inutile de les enlever. Il survient, à la suite de ces vastes délabrements, des septicémies dont la source se trouve dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. J.-L. Faure condamne l'évidement total et l'abandonne.

L'opération qu'il pratique consiste essentiellement dans le dégagement des uretères du tissu cellulaire plus ou moins infiltré qui les entoure, dans la recherche des propagations néoplasiques développées dans le paramétrium où se trouvent les uretères.

Il n'est pas douteux, ainsi que Pawlik l'avait indiqué depuis longtemps, que le long du col, dans le paramétrium, à droite et à gauche de la matrice, se trouvent des propagations cancéreuses parfois ignorées et où se montre la récidive. Il y a environ 15 ans que Pawlick, par la voie vaginale, après cathétérisme des uretères, extirpait autour de ces conduits les masses qui s'y trouvaient.

Winter avait fait d'autres constatations anatomo-pathologiques et cliniques. Il a montré, il y a longtemps déjà, que c'est au niveau de la cicatrice vaginale que le cancer se montre à nouveau. Il professe, et avec Mackenrodt en particulier, qu'il se produit sur la tranche vaginale une inoculation cancéreuse, au moment de l'extirpation de l'épithélioma. Aussi Mackenrodt recommandait-il de prendre de particulières précautions pour éviter cette infection néoplasique.

Mais il y a, en effet, comme le dit J.-L. Faure, autre chose que l'inoculation au niveau de la cicatrice ; il existe souvent dans le paramètre des infiltrations cancéreuses, qui apparaissent nettement au bout d'un certain temps après l'intervention. Dans ces cas, il ne s'agit pas d'une récidive, mais d'une continuation du mal qui a été laissé *in situ*.

Les résultats cliniques que donne M. J.-L. Faure sont intéressants mais ne démontrent pas d'une façon évidente la supériorité du procédé auquel il a eu recours.

Il ne faut pas oublier qu'entre les mains de certains gynécologistes, comme

Olshausen (de Berlin), Zweifel (de Leipzig), de Ott (de Saint-Pétersbourg) l'hystérectomie vaginale a donné des résultats surprenants, non seulement au point de vue de la mortalité opératoire, mais aussi au point de vue des suites éloignées.

La mortalité opératoire de l'hystérectomie vaginale entre les mains du professeur Olshausen a été dans une série de 100 cas — si ma mémoire est fidèle — de 1 p. 100, et celle de Ott, qui porte sur 60 ou 70 cas, a été blanche — j'ajoute que je cite de mémoire et que les chiffres peuvent être un peu infidèles : ainsi, ce qui est attribué par moi à Ott peut être mis sur le compte d'Olhausen et réciproquement — mais n'importe, le fait est là, mortalité opératoire très basse.

Quant aux suites éloignées de l'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus, elles sont remarquables. Jordan, de Heidelberg, a publié une statistique qui donne une survie sans récidive de 50 p. 100 environ après cinq années. D'autres statistiques d'hystérectomie vaginale, pour être moins belles, se rapprochent quelque peu de la précédente (Olshausen, 38 p. 100 ; Zweifel, 35,6 p. 100 après 5 ans ; Ott, 29 p. 100 après 6 ans au moins).

Je pense que par la voie haute il est possible de mieux réséquer toute la portion vaginale péri-cervicale, de disséquer le tissu cellulaire infiltré et, somme toute, de faire une opération plus large sur les tissus qui entourent l'utérus, de façon à s'éloigner le plus possible des tissus infiltrés.

Mais je crois, depuis un certain temps déjà, que, pour avoir chance de faire œuvre durable en enlevant l'utérus cancéreux, il faut attaquer la matrice alors que le néoplasme n'a pas dépassé la zone utérine proprement dite.

Quand le cancer a franchi le tissu utérin, quand la propagation s'est faite à distance, soit par la voie lymphatique, soit par contiguïté, il est en réalité trop tard pour opérer. On fait une opération mauvaise, dans tous les cas infiniment moins bonne que celle qui aurait pu être exécutée quand le cancer était strictement limité à l'utérus. On pratique néanmoins l'hystérectomie dans ces cas mauvais où l'infiltration péri-utérine est certaine, mais on sait depuis Récamier que parfois des survies prolongées peuvent être obtenues dans des conditions qui semblent désespérées. Il est probable que, dans ces circonstances, l'empâtement constaté autour de l'utérus n'était pas de nature néoplasique mais d'origine inflammatoire.

Quelle est donc la raison qui peut expliquer les succès de certains opérateurs étrangers ?

Ils l'ont dit — Olshausen en particulier l'a proclamé à maintes reprises — c'est qu'ils opèrent dans des conditions meilleures que celles qui se présentent ordinairement à l'examen des chirurgiens français.

Dans certains grands centres étrangers, l'éducation gynécologique des sages-femmes et même des femmes est faite d'une façon remarquable.

Alors que l'opérabilité du cancer utérin est très faible à Paris et dans les autres villes de France, par ce fait que les femmes arrivent avec des épithéliomas qui ont envahi la vessie, le rectum et les parties latérales de l'utérus,

dans certaines villes d'Allemagne, viennent se présenter un nombre considérable de femmes qui ont des cancers utérins limités et opérables dans des conditions excellentes.

Dans certaines cités d'Allemagne, l'influence particulière du gynécologiste en renom se montre par une diminution progressive du taux de l'inopérabilité du cancer utérin.

Les épithéliomas saisis au début sont opérés de bonne heure. La survie est considérable chez un grand nombre de malades.

Aussi, quand je vois combien il est fréquent de rencontrer des femmes qui portent un cancer énorme, inopérable, datant de longs mois, quand je constate combien sont nombreux les cancers inopérables qui viennent consulter les chirurgiens français, je me dis que l'avenir de l'hystérectomie ne réside pas essentiellement dans la pratique de telle ou telle méthode, mais dans la possibilité d'opérer très tôt des cancers très limités.

Après avoir pendant longtemps pratiqué, comme tout le monde, l'hystérectomie abdominale pour cancer, après avoir réséqué aussi largement que possible les tissus vaginaux et fouillé dans le paramètre, j'ai remarqué que mes résultats éloignés n'étaient pas bien supérieurs à ceux que j'obtenais par l'hystérectomie vaginale.

J'ai pensé, depuis peu de mois, qu'il peut être injuste d'abandonner totalement l'hystérectomie vaginale et qu'il fallait l'appliquer dans des cas restreints, bien déterminés.

C'est ce que j'ai fait chez des femmes ayant un cancer au début, parfaitement limité, sans aucune tendance à envahir les culs-de-sac latéraux. Soit que l'on emploie le procédé de Schauta ou tout autre analogue, pourvu que l'on dépasse très largement la petite zone épithéliomateuse confinée dans un point du col, on peut enlever par la voie vaginale avec facilité et avec succès un épithélioma cervical au début. Mais il faut, bien entendu, que les lésions soient récentes, bien limitées et non propagées. Dans tous les autres cas, je continue à opérer par la voie haute, qui donne la possibilité de mieux atteindre les parties suspectes, quoiqu'il ne faille pas oublier que par la voie vaginale on peut en avant raser la vessie, en arrière remonter bien au-dessus des insertions vaginales et sur les côtés laisser au-dessous de l'incision circonférentielle une large bande de tissus vaginaux sains. J'ajoute qu'après la bascule de l'utérus on peut attaquer les ligaments larges sur une certaine étendue, qui de dedans en dehors n'est pas inférieure à 2 centimètres, sans causer le risque de toucher les uretères.

Malgré tout, la récidive est fréquente en France, quel que soit le procédé employé, parce que l'on opère à une période trop avancée de la maladie.

Aussi, je vous propose, Messieurs, d'imiter ce qui a été fait en Allemagne, en Autriche et en Suisse, par quelques gynécologistes qui ont réussi à faire pénétrer certaines notions chez les médecins et les sages-femmes qui, hélas ! ne font pas assez tôt le diagnostic du cancer de l'utérus.

Par des brochures surtout, par des conférences, on peut éduquer non seu-

lement des praticiens qui ignorent les signes du début du cancer utérin, mais les sages-femmes qui sont encore beaucoup moins instruites, on le devine aisément. Il y a plus à faire. Il faut intéresser les femmes elles-mêmes à la recherche du début du cancer. Il faut leur faire connaître d'une façon simple et pratique que l'épithélioma débute insidieusement, sans douleur, et se manifeste par des hémorragies quelquefois insignifiantes.

Mises en suspicion et en défiance, ces femmes pourront venir consulter de bonne heure les chirurgiens. Aussi, je vous propose d'établir une ligue, dont le but sera de bien connaître les premières manifestations du cancer et de nous adresser non seulement aux médecins, aux sages-femmes, mais à la clientèle hospitalière et aux femmes du monde. Il y a là une œuvre d'intérêt social à entreprendre, j'espère que vous n'y faillirez pas.

J.-L. Faure. — Je suis du même avis que M. Pichevin sur la nécessité d'entreprendre une campagne pour démontrer aux médecins, aux sages-femmes et aux chirurgiens eux-mêmes que le cancer de l'utérus est curable et qu'il y a intérêt à faire un diagnostic précoce et à opérer le plus près possible du début du néoplasme.

Certainement, si les femmes connaissaient mieux la gravité de certains symptômes, elles viendraient d'elles-même consulter les chirurgiens.

Mais je me sépare de M. Pichevin sur la question de technique opératoire.

Tout d'abord, je fais remarquer que, si je dégage les uretères, c'est pour pouvoir enlever les tissus néoplasiques qui environnent si souvent ces conduits. C'est pour moi une condition essentielle du succès que d'enlever le paramétrium.

Mes résultats ne sont pas à dédaigner; mais je ne comprends pas comment, en Allemagne, on a pu obtenir par l'hystérectomie vaginale des succès aussi remarquables, aussi extraordinaires que ceux qui ont été avancés par M. Pichevin. Pour moi, je pense qu'il y a une confusion dans les termes employés, et que l'on a rangé sous le nom de cancer des adéno-carcinomes, qui ne sont pas, à proprement parler, des tumeurs malignes.

Pichevin. — J'estime que les opérateurs dont j'ai parlé n'ont aucunement commis de méprise dans les statistiques qu'ils ont publiées. Les examens histologiques sont consciencieusement faits par des anatomo-pathologistes bien connus et qui ont nom Ruge, Veit, Gebhardt et bien d'autres. Ils n'ont pas pris pour des cancers de simples métrites ou des productions polypeuses. Ils n'ont pas pu confondre l'adénome malin, rare du reste, avec l'épithélioma.

Non, la raison des survies considérables que l'on relève dans différentes statistiques provient de ce fait que certains gynécologistes opèrent des cancers au début de leur évolution et qu'ils ne tentent probablement pas l'opération chez des femmes qui ont des cancers trop avancés et que nous autres, en France, nous opérons trop souvent.

Hartmann (Paris). — Les statistiques allemandes n'ont qu'une valeur relative; elles englobent l'épithélioma du corps et celui du col; or tout le monde sait la bénignité relative des premiers et l'excessive gravité des seconds,

qu'a eus en vue notre collègue Faure. Pour ces épithéliomas du col, je crois que l'hystérectomie vaginale est une opération détestable. J'ai autrefois recherché, avec mon maître Terrier, ce qu'étaient devenues nos opérées d'hystérectomie vaginale pour cancer du col: toutes avaient récidivé. Si j'ajoute que la récidive est presque toujours au niveau de la cicatrice vaginale, je conclus que les opérations abdominales avec résection du fond du vagin ont une supériorité considérable sur l'hystérectomie vaginale.

A ce sujet, je puis vous citer un cas qui montre nettement l'insuffisance de l'hystérectomie vaginale simple, même dans des cas en apparence au début. Chez une malade atteinte de cancer intra-cervical à diagnostic si peu net, que nous fîmes une biopsie avant d'opérer, l'opération par la voie abdominale nous montra qu'à la face externe du vagin, dont la muqueuse était saine, on trouvait, doublant le cul-de-sac, un envahissement néoplasique; l'incision de l'hystérectomie vaginale aurait fatalement traversé cette traînée cancéreuse et aurait, par conséquent, été fatalement suivie de récidive.

Ceci dit sur la technique opératoire, je suis d'accord avec nos collègues Pichevin et Faure sur l'utilité qu'il y aurait à obtenir des médecins et des malades un diagnostic précoce suivi d'une intervention hâtive.

Quant à la création d'une nouvelle ligue, destinée à combattre le cancer utérin, je n'en vois pas la nécessité ; nous avons assez de ligues aujourd'hui, mieux vaudrait chercher immédiatement à avertir par un moyen quelconque malades, sages-femmes et médecins de la gravité de certains symptômes, auxquels on ne prête souvent pas assez d'attention parce qu'ils ne s'accompagnent pas de douleur, et que, contrairement à une opinion trop répandue, le cancer à sa période d'opérabilité est une maladie indolente.

Pichevin. — J'insiste pour que l'on crée une ligue dont l'objectif sera la diffusion dans le monde médical, chez les sages-femmes et les femmes en général, de connaissances suffisantes pour déceler de bonne heure le cancer utérin.

Queirel. — Je connais trop les sages-femmes pour ne pas être persuadé qu'elles se hâtent toujours d'envoyer aux médecins et aux chirurgiens toutes les malades atteintes d'un écoulement quelconque. Bien plus, s'il y a un reproche à leur faire, c'est qu'elles s'empressent trop de nous adresser des femmes qui n'ont rien ou à peu près rien.

Brunswick. — Je crois effectivement qu'il n'y a rien à faire dans ce sens.

Pichevin. — Je suis extrêmement surpris de cette opinion. Il n'est pas un chirurgien français qui ne déplore la fréquence incroyable des cas d'inopérabilité du cancer utérin. Quand ces pauvres femmes arrivent pour nous consulter, elles sont le plus souvent dans un état tel qu'il n'y a absolument plus moyen de tenter une opération comme l'hystérectomie. Tous les tissus qui entourent la matrice sont envahis par le néoplasme. Bien plus, à l'étranger, les cas d'opérabilité qui étaient rares sont devenus fréquents à la longue, quand le gynécologiste a fini par faire pénétrer certaines notions dans le corps médical, chez les sages-femmes et même dans la clientèle hospitalière et dans

l'autre. C'est un fait bien établi. Va-t-on attendre que dans tous les pays on ait organisé des moyens d'action pour arracher les cancéreuses à la mort avant que nous nous décidions à suivre le mouvement imprimé en Allemagne, en Autriche et en Suisse ? Je proteste contre cette tendance et je demande à ce que l'on constitue des moyens d'action pour éclairer les praticiens, les sages-femmes, les femmes pauvres et les femmes riches. C'est le seul moyen d'arracher quelques-unes à la mort qui les guette si souvent.

Queirel. — Exprimez le vœu que vous voulez soumettre au Congrès.

Pichevin. — Je demande à le faire à tête reposée.

Queirel. — A la séance de demain matin, apportez-le.

A la suite de cette discussion, MM. J.-L. Faure, Hartmann et Pichevin se réunissent pour discuter les termes du vœu qu'il s'agit de soumettre au Congrès.

Le suivant est adopté, soumis au Congrès et voté :

Le Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger émet le vœu suivant :

« Étant donné qu'actuellement il est établi par les faits que *le cancer de l'utérus opéré à temps peut être guéri définitivement*, le Congrès appelle l'attention des médecins sur la nécessité de faire un diagnostic précoce. Il ne faut pas oublier que *le cancer de l'utérus ne se traduit au début par aucune douleur* et qu'il y a pour les femmes un intérêt de premier ordre à se soumettre, dès le premier symptôme anormal (hémorragie même légère), à un examen médical (1) ».

---

(1) Voir *Annales de Gynéc. et dObst.*, mai 1906, pp. 281, 299, etc.

REVUE ANALYTIQUE

Paralysie gastrique aiguë post-opératoire avec occlusion duodénale secondaire (Akute post-operative Magenlähmung mit sekundaren Duodenal-Verschluss). Birnbaum, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXIV, Hft. 2, p. 170.

Riedel et V. Herff ont, les premiers, attiré l'attention sur ces faits de paralysie aiguë post-opératoire de l'estomac, dont s'occupe à son tour Binrbaum, à l'occasion d'un cas de ce genre, très grave, qu'il a observé et que nous reproduisons *in extenso* à cause de sa rareté et de son importance pratique.

Obs. — X..., 45 ans, atteinte d'un myome utérin, de la grosseur d'une tête d'adulte et hémorragipare; état général bon : cœur, poumons, reins normaux. Aucune sorte de douleurs gastriques antérieurement. Seule particularité à relever avant l'opération, d'importance peut-être pour la bonne appréciation ultérieure du fait : *avant l'opération, la femme donnait des signes d'angoisse, d'une excitation anormale, légitimée par le fait, qu'à maintes reprises, dans sa famille, il avait fallu procéder à des interventions chirurgicales graves.*

Opération. — *Amputation supra-vaginale de l'utérus myomateux* (prof. Rung). Opération régulière, sans incident, qui dura une heure. Narcose à l'éther (140 grammes). Durant les deux premiers jours, rien de spécial.

1er jour. .	midi.	Temp.,	36°,6	P.,	76	3e jour. .	matin.	Temp.,	37°,1	P.,	96
—	soir.	—	37°,6	—	88	—	midi.	—	37°,7	—	100
2e jour. .	matin.	—	37°,4	—	92	—	soir.	—	36°,7	—	108
—	midi.	—	37°,5	—	92	4e jour. .	matin.	—	36°,7	—	104
—	soir.	—	37°,0	—	100	—	midi.	—	36°,2	—	120
							soir.	—	36°,8	—	120-140

Le soir du 3e jour, de très fortes coliques se produisent dans la région épigastrique droite, le ventre est un peu distendu dans les parties supérieures. Un lavement à l'eau n'amène que quelques gaz. Le matin du 4e jour, issue de nombreux gaz. Dans le courant de la journée, huile par en haut et par en bas, lavements, etc., mais pas de garde-robes, pas de gaz. Pas de coliques. Le pouls s'accélère rapidement, le ventre est fortement météorisé, ballonnement diffus. Vers midi, vomissements abondants de matières verdâtres. Comme ces vomissements deviennent inquiétants, on procède à une évacuation de l'estomac suivie de lavage. La sonde enlevée, des gaz abondants s'échappent avec bruit.

Il est sûr, maintenant, que la surabondance des gaz qui s'échappent (acide carbonique, hydrogène, méthane) a favorisé la dilatation de l'estomac. Après l'émission des gaz, il y a rejet en grandes quantités d'un liquide qui paraît purement bilieux. Après lavage suffisant, jusqu'à retour du liquide de lavage clair, on met dans l'estomac deux cuillerées d'huile de ricin et la sonde est retirée.

Ce qui frappe maintenant, c'est que le ventre, qui avant était fortement distendu, est presque complètement tombé, ce qui conduisit au diagnostic : *Paralysie de l'estomac avec dilatation gastrique* :

5e jour. . .	matin.	Temp.,	36°,4	P.,	130
—	midi.	—	36°,6	—	120
—	soir.	—	36°,9	—	130

Après le lavage de l'estomac, le vomissement cesse complètement jusqu'à midi le lendemain; dans les premières heures, la malade accuse un grand soulagement. Mais après



20 heures, réapparaissent des vomissements très abondants de matières d'odeur fortement acide, brunâtres. De nouveau, le ventre est fortement ballonné, particulièrement dans sa portion supérieure. On peut maintenant constater une matité, qui s'étend une largeur de main au-dessous de l'ombilic. Dyspnée vive. Le jour suivant, second lavage de l'estomac. De nouveau, échappement de gaz abondants et rejet de quantités de matières verdâtres, et de nouveau affaissement du ventre. La matité, qui s'étendait presque jusqu'à la symphyse, n'existe plus. Huile de ricin par la sonde et en lavement. Dans la nuit émission de beaucoup de gaz et garde-robe. Lavement de vin. Vomissements.

6ᵉ jour. . .	matin.	Temp.,	36°,9	P.,	140
—	midi.	—	36°,6	—	132
—	soir.	—	36°,8	—	132

La femme est très fatiguée et se plaint d'une soif vive. Issue de quelques gaz, pas de garde-robe. Lavement de bouillon. L'après-midi, même situation : météorisme abdominal, vomissements répétés, dyspnée. Troisième lavage de l'estomac, teinture de strychnine ; huile par en haut et par en bas. Émission abondante de gaz, garde-robe médiocre.

7ᵉ jour. . .	matin.	Temp.,	36°,1	P.,	124
—	midi.	—	37°,0	—	116
—	soir.	—	36°,2	—	104

Émission de gaz et garde-robe. État général très mauvais. Camphre, lavement de vin de bouillon, teinture de strychnine. Pas de vomissements, ventre moins ballonné.

8ᵉ jour. . .	matin.	Temp.,	36°,2	P.,	108
—	midi.	—	36°,4	—	136
—	soir.	—	38°,6	—	148

Lavement suivi d'expulsion de beaucoup de gaz et garde-robe ; injection de solution salée. Le ventre est de nouveau très distendu en haut, dyspnée, dépression psychique. Pouls accéléré et petit. Quatrième lavage de l'estomac. Huile par en haut et par en bas. Camphre, etc. Le soir, l'état s'aggrava au point qu'on jugea la situation perdue et qu'on attendait la mort pour la nuit.

9ᵉ jour. . .	matin.	Temp.,	37°,2	P.,	120
—	midi.	—	37°,1	—	120
—	soir.	—	36°,8	—	116

Le 9ᵉ jour, l'état, contre toute attente, s'améliore. Pouls moins rapide, mieux soutenu, respiration plus libre, ventre moins ballonné, facies meilleur. Issue abondante de gaz, garde-robe. La nuit suivante, de nouveau, délire. La femme veut se lever, elle n'a plus la notion du temps, etc. L'état s'améliore vite ; le ventre est tout à fait plat. Le pouls s'est ralenti, la conscience est tout à fait nette. A partir du 5ᵉ jour, *l'analyse de l'urine indique une proportion énorme d'indican.*

D'autre part, *il paraît incontestable que la quantité des matières vomies dépassa de beaucoup la quantité des liquides ingérés*, en sorte qu'il fallut admettre qu'estomac et duodénum avaient sécrété une partie de ces liquides (remarque déjà faite par V. Herff).

Matières rejetées ou évacuées de l'estomac. — Jamais féculentes et d'odeur très acide. Les matières vomies présentèrent une couleur verdâtre accusée semblant indiquer une forte proportion de bile, et ce fait, combiné avec cet autre que les garde-robes par intervalles paraissaient être entièrement acholiques, suggère que par moment la bile devait refluer totalement dans l'estomac. Jamais on ne constata de l'acide chlorhydrique, mais de l'acide lactique en proportion considérable. A l'examen microscopique, rien de notable. Mais des expériences appropriées établirent qu'il y avait dans le liquide gastrique une forte proportion de suc pancréatique.

Tel est cet exemple de complication très grave, qui peut survenir à la suite d'une intervention chirurgicale comportant un certain shock. Sous l'influence de la commotion nerveuse (impression profonde, angoisse, anxiété antérieure



à l'opération, comme cela paraît avoir été le cas ici ; ou bien effet du shock opératoire, etc.), survient d'abord une paralysie aiguë de l'estomac avec dilatation énorme de cet organe, — qui amène sa ptose, son prolapsus très bas — lequel prolapsus est en outre favorisé dans certains cas, comme dans celui-ci, par le vide anormal qu'a laissé l'opération dans le bassin — et qui produit un tiraillement du mésentère avec traction sur le duodénum et coudure, occlusion même de ce dernier, d'où dérivent les phénomènes successifs d'iléus habituellement observés (1). *Le pronostic* de cette dilatation aiguë post-opératoire est, en général, des plus sévères. D'après V. Herff, la mortalité atteint 85 p. 100. Dans la majorité des cas, la mort arrive par la perte énorme d'eau subie par l'organisme plutôt que par les progrès de l'inanition. Il faut faire aussi intervenir dans cette issue fatale l'intoxication de l'organisme par des produits nocifs, comme ceux qui proviennent de la putréfaction des albuminoïdes.

Quant au *traitement*, l'essentiel est dans *l'emploi méthodique des lavages de l'estomac*. Mais, pour être *efficace*, il doit être *précoce*. V. Herff conseille en outre : la suppression de toute alimentation par la bouche, les lavements fréquents, nutritifs et vineux, la faradisation de la région gastrique, les lavements et les injections de solutions salines.

R. L.

NOUVELLES

A la suite du concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) sont nommés :

Chirurgie. — *Paris* : MM. Lecène, Ombrédanne, Lenormant ; *Montpellier* : M. Riche ; *Nancy* : M. Sancerre ; *Lille* : M. Potel ; *Lyon* : MM. Cavaillon, Laroyenne ; *Bordeaux* : M. Guyot ; *Toulouse* : M. Caubet.

Accouchements. — *Paris* : MM. Couvelaire, Jeannin ; *Lyon* : M. Voron ; *Bordeaux* : M. Péry ; *Toulouse* : M. Garipuy.

Nos lecteurs se réjouiront avec nous de trouver dans cette liste notre rédacteur en chef, A Couvelaire, et son ami le docteur P. Lecène, qui a été notre collaborateur dès les premières années de ses études médicales. Les deux amis obtiennent encore, cette année, un autre succès, car le docteur Lecène vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux, et les points que le docteur Couvelaire a obtenus au concours pour le titre d'accoucheur des hôpitaux, assurent, dès à présent, sa nomination.

(1) Albrecht, par ses expériences cadavériques, écrit l'auteur, a recherché la cause de cette occlusion. Quand, sur un cadavre, on exerce sur le mésentère une légère traction suivant son axe longitudinal ou, mieux, suivant l'axe du petit bassin, on peut constater que la manœuvre produit une occlusion ou une réduction de lumière dans la dernière partie du duodénum.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.



DES PROCESSUS PATHOLOGIQUES NON INFECTIEUX DU BASSIN (PSEUDO-ANNEXITES) CHEZ LA FEMME (1)

Par MM. **J.-A. DOLÉRIS** et **H. ROULLAND.**

Le clinicien n'a pas le choix des faits qui s'offrent à son interprétation. Sa sagacité est mise à une nouvelle épreuve à chaque cas nouveau qui se présente. Il s'ensuit que la nosologie en général, et plus spécialement la pathogénie des processus morbides, ont erré forcément à travers les doctrines et les systèmes, jusqu'au jour où l'étiologie microbienne est apparue avec des caractères de certitude et de précision que la médecine n'avait pas encore connus.

Pour la pathologie des organes génitaux de la femme, le progrès a été particulièrement marqué, grâce à la notion nette des principales causes d'infection qui les peuvent atteindre ; et des maladies compliquées, des lésions obscures se sont trouvées, par là, aisément expliquées.

Mais tout n'est pas dans l'infection, ni dans les infections, ainsi que l'un de nous l'a montré pour l'utérus : à côté des métrites vraies, il y a les fausses métrites (2).

Il en est de même sans doute pour les maladies des annexes et pour certains processus très communs, mais vaguement appréciés, qui apparaissent dans la zone pelvienne de la femme. A côté de l'annexite infectieuse et des exsudats qui en dérivent, se rencontrent souvent des maladies annexielles, à forme torpide ou subaiguë, qui n'ont avec la véritable annexite que des rapports d'apparence et dans lesquelles l'infection ne joue aucun rôle.

La pathogénie en est tout autre, plus simple si l'on veut, encore que les désordres créés puissent revêtir l'aspect des maladies les plus sérieuses, affecter une durée fort longue et compromettre plus

(1) Communications faites à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris* séances du 13 mai et du 10 juin 1907.

(2) Doléris, *Métrites et Fausses Métrites.*

ou moins définitivement l'intégrité et la fonction des organes atteints.

Pour ces formes de *pseudo-annexite*, de *pseudo-pelvi-péritonite*, la pathologie expérimentale peut fournir les données d'un jugement assez précis.

Si donc le clinicien a souvent dû procéder, au hasard des cas, dans la détermination de la cause, c'est au contraire à la lumière des lésions provoquées par un trouble physiologique nettement limité et précisé que l'expérimentateur s'achemine vers la connaissance et l'interprétation des lésions de cause plus complexe.

Dans les études expérimentales entreprises sur l'appareil génital interne, on a surtout visé les processus septiques et infectieux divers, de sorte qu'on a laissé bien des points dans l'obscurité.

Il n'est pas de meilleur principe cependant que celui qui consiste à procéder du simple au composé, des processus non septiques aux troubles complexes dus aux diverses formes de l'infection. C'est l'ordre utile et logique par excellence. C'est celui que nous avons adopté dans l'étude de quelques processus non infectieux des annexes et du péritoine pelvien.

Ainsi, prenant de suite pour exemple la trompe de Fallope, de toutes les lésions tubaires, le catarrhe simple et l'hydrosalpinx sont assurément les plus bénignes et aussi les moins bien connues, précisément parce que le clinicien les méconnaît assez souvent. Et quand il lui est donné de les découvrir, il les étiquette d'une façon inexacte, confondant la tumeur annexielle dans l'ensemble des annexites classiques, ne doutant pas que forcément elle dérive d'un processus microbien infectieux. Et même si le chirurgien vient corroborer *de visu*, au cours de l'opération entreprise, ce diagnostic en apparence vrai, il n'en restera pas moins réel que l'on ne retrouve pas, à l'origine de semblables affections, la netteté étiologique d'une infection ayant apparu brutalement au milieu d'un état de santé parfait. Il y a donc, certainement, mésinterprétation de la cause. Mais l'habitude est prise de telles confusions, qui cependant sont des plus préjudiciables à la malade et entraînent le médecin à de fâcheuses erreurs de thérapeutique.

Il en est de même pour l'ovaire, dont on connaît bien les inflammations aiguës (les ovarites à proprement parler), nées sous l'influence d'une salpingite infectieuse avoisinante ; ce qui justifie la règle clinique que ces deux affections marchent associées. Plus rarement cependant, l'ovarite est le résultat d'une paramétrite ascendante, phlébite ou lym-

phangite parties de l'isthme utérin, pour aboutir, à travers le ligament large, au plexus vasculaire du parovaire et à l'ovaire lui-même, par le hile.

Quels que soient d'ailleurs le mécanisme, le trajet et l'aboutissant de l'infection, il y a toujours ici une cause infectieuse, un phénomène clinique palpable, sensationnel, si l'on peut dire, qui marque le début et caractérise la qualité du processus.

Et néanmoins il existe, à côté de ces formes si clairement distinctes, grâce à l'étiologie microbienne, des lésions ovariques tout à fait indépendantes de l'infection, vers lesquelles la destinée trophique de l'organe le mène nécessairement : disposition héréditaire ou acquise. — Il est fatal que, dans ces cas, l'ovaire, constitutionnellement prédisposé, aille vers une déviation de structure, qui ne sera point du néoplasme et qui n'aura rien à voir avec l'infection. Et il ira à cette fin, à travers mille incidents pathologiques plus ou moins nets, plus ou moins sérieux, qui constitueront un état morbide particulier, pénible pour la malade, obsédant pour le médecin, et qui se rencontre assez fréquemment. Nous voulons faire allusion, par là, aux déviations du processus de la ponte ovulaire : *hyperémie* excessive, due à la congestion active ou passive pouvant aller jusqu'à l'hémorragie folliculaire. Nous envisageons également les *dégénérescences scléreuses* de l'albuginée ovarienne qui motivent la ponte douloureuse, l'hypertrophie et l'hydropisie des ovisacs (microkystes ou maladie kystique de l'ovaire); les kystes sanguins, les hématomes volumineux de l'ovaire ; la sclérose diffuse douloureuse aboutissant à l'atrophie précoce de l'organe, etc.

La cause de ces lésions ? souvent fort obscure. Elles sont le lot des dégénérées, des névropathes, de la syphilis héréditaire, etc. ; souvent aussi elles cadrent avec la rétrodéviation de l'utérus, qui, nécessairement, entraîne le rétroprolapsus des annexes dans une situation déclive au fond du bassin. Ce sont alors de vrais troubles mécaniques d'hypostase.

Mais ce n'est pas encore le lieu d'insister sur la pathogénie morbide première de ces lésions deutéropathiques.

Il importe d'abord d'envisager ce qui se passe pour le péritoine pelvien, dans des conditions identiques à celles qui viennent d'être énumérées pour la trompe et pour l'ovaire.

Il existe des processus exsudatifs ou adhésifs, qui affectent le péritoine pelvien et qui procèdent des altérations primitives des annexes.

Ce sont des *adhérences péritubaires*, péri-ovariques, tubo-ovariques; des nappes étendues d'exsudats pelviens fluides ou demi-fluides d'abord, intéressant jusqu'à l'intestin et l'épiploon, et qui se convertissent en adhérences plastiques organisées, cordes, feutrages celluleux, filaments menus, revêtements épais, etc. Ces processus ne correspondent aucunement à une maladie infectieuse. Nulle invasion microbienne, ayant suivi la voie habituelle, c'est-à-dire l'utérus, ne peut être invoquée dans l'analyse historique de la malade pour les expliquer.

Souvent, il s'agit de multipares fort saines, quelquefois même de vierges intactes.

La preuve de l'asepticité de ces lésions, dès l'origine, c'est d'abord le défaut des symptômes, tant atténués puissent-ils être, qui marquent habituellement les infections pelvi-annexielles même dans leur forme la plus légère et la plus passagère.

C'est ensuite la stérilité absolue des exsudats prouvée, par la recherche bactériologique, dans des conditions qui ne peuvent laisser place au doute, c'est-à-dire pratiquée sur des exsudats arrivés à des stades différents de leur évolution.

*
* *

En résumé, la question est donc triple puisqu'elle intéresse chacune des deux annexes de l'utérus et les exsudats péritonéo-pelviens qui dérivent des désordres dont les annexes sont le siège.

En outre, le problème est simple, car rien n'est plus facile que d'établir théoriquement le départ étiologique entre les processus infectieux des organes génitaux et ceux qui n'ont rien de microbien.

Nous connaissons, en effet, trois ordres d'affections génitales spécialement caractérisées par l'invasion d'un processus infectieux parti des voies génitales externes ou de l'utérus, pour gagner successivement la trompe, l'ovaire et le péritoine pelvien : l'infection puerpérale d'abord, l'infection blennorrhagique ensuite, les infections banales, saprophytiques, en troisième lieu. A chaque variété ressortit son étiologie microbienne propre.

La dernière catégorie, celle des infections saprophytiques, ouvre la porte à une large classification, dans laquelle une foule d'infections très légères, capables de produire des lésions annexielles et péri-annexielles minima, pourraient être théoriquement introduites; mais on n'a rien établi de certain à cet égard.

L'expérimentation directe chez les animaux prouve que le péritoine résorbe les exsudats à saprophytes et les cultures de ces microbes, sans qu'il en reste de traces.

Le mécanisme du transport des saprophytes à travers l'utérus est totalement inconnu ; leur propriété est précisément de ne point végéter au contact des muqueuses saines et stériles de pathogènes vrais. Par définition enfin, ils ne sauraient être rendus coupables de lésions annexielles, sauf traumatismes répétés, ou conditions totalement ignorées, en tout cas fort exceptionnelles.

Il faudrait ajouter à cette triple pathogénie l'infection d'origine intestinale, appendicitaire ; mais ici nous n'avons qu'à constater et à classer à part ces faits, qui ne sont pas toujours tout à fait clairs quant à l'origine primitive ou secondaire de la lésion annexielle.

*
* *

Pour en finir avec ces considérations d'ordre général, mais nécessaires, je dirai que nous ne sommes pas les seuls à nous être demandé quel genre de causes peut être assigné à ces lésions froides, aseptiques et cependant si tenaces, si sujettes à des récidives, qui altèrent la structure, la disposition physiologique et les rapports anatomiques des organes génitaux intra-pelviens. On a quelquefois invoqué la masturbation, je ne sais pourquoi, alors qu'il existe une cause si constante d'hyperémie génitale : la ponte ovarienne, la menstruation utérine avec cette menstruation vicariée, anormale mais assez commune chez les nerveuses, la menstruation tubaire.

Richard, Martin et quelques autres ont, en somme, à des époques différentes, énoncé le fait, admis le principe, sans l'interpréter.

La cause habituelle se peut assimiler à un traumatisme vasculaire, dans lequel l'hyperémie excessive est le facteur direct de l'écoulement sanguin, séro-sanguin, séreux ou muqueux.

*
* *

Plus démonstrative que toute hypothèse est l'expérimentation directe chez les animaux, ainsi que je vais l'exposer maintenant.

Nous avons poursuivi quelques expériences intéressantes sur les exsudats et adhérences du bassin et sur l'hydrosalpinx mécanique.



Expériences.

Partant de ce principe que le sang épanché, provenant d'une hémorragie tubaire ou ovarienne, est le principe initial des adhérences aseptiques du bassin, des lésions vasculaires ont été pratiquées sur des lapines par piqûre souvent large d'un vaisseau annexiel important.

Pour le dire de suite, jamais il n'a été relevé la moindre trace d'infection péritonéale.

La culture des liquides exsudés a été rigoureusement faite, pour bien établir ce point indispensable à la valeur de l'expérience.

Une seule fois, dans l'expérience 1, l'hémorragie a été provoquée dans l'épaisseur du ligament large, dans le but de voir comment se comporterait un hématome interstitiel aseptique ; mais la résorption du sang s'est opérée spontanément dans un délai très rapide.

Dans les sept expériences suivantes, une seule fois (exp. 3), le résultat a été négatif, faute d'avoir lésé un vaisseau assez important, car l'épanchement sanguin intra-péritonéal, quoique dûment constaté au cours de l'expérience, avait disparu par résorption constatée au bout de huit jours.

Expérience 1. — 3 *mai* 1906. — Hémorragie interstitielle dans l'épaisseur du ligament large droit d'une lapine. Avec une aiguille, on perfore une petite branche de l'utéro-ovarienne que l'on laisse saigner dans le ligament large. Au moment où nous refermons le ventre, le caillot présente le volume d'une aveline.

A l'autopsie (14 mai), pas trace d'infection. Aucun exsudat, aucune adhérence. Le ligament large droit paraît absolument identique au ligament large gauche. Après avoir enlevé les organes génitaux en masse, nous examinons par transparence les deux ligaments larges, qui semblent absolument sains tous les deux. Les pièces sont conservées.

Expérience 2. — Durée 12 jours. Opération le 3 *juillet* 1906. — Hémorragie à la partie supérieure du ligament large droit, le sang coulant au dehors dans le bassin.

Le ventre est refermé sans éponger ni suturer l'artère.

L'animal est sacrifié le 15 juillet 1906. La lapine paraît amaigrie et se déplace difficilement. Elle a continué à manger sans avoir de fièvre.

A la laparotomie les organes paraissent sains. Toutefois, à la partie moyenne de la trompe, on voit une flexuosité de celle-ci, due à des adhérences qui se présentent sous l'aspect de petites cordes très tendues et faisant saillie sur le péritoine ; ces cordes fibreuses vont de la trompe à l'S iliaque, semblant ainsi attirer à elle la trompe, qui a pris une forme très sinueuse. En comparant avec la

trompe du côté opposé, on voit que celle-ci, au contraire, monte régulièrement et directement vers l'ovaire.

Il n'y a pas trace d'infection, un liquide clair et très fluide s'est échappé du péritoine quand on l'a ouvert, la cicatrice était souple et régulière.

Expérience 3. — *Mercredi 4 juillet.* — Hémorragie dans la cavité pelvienne gauche ; on n'éponge pas le sang, qui se répand en nappe dans le petit bassin.

Mercredi 11 *juillet* (8e jour). — On sacrifie la lapine. Pas la moindre trace d'infection, la suture est indemne. A l'ouverture de la cavité péritonéale, pas de liquide, pas d'adhérences, pas trace de l'hémorragie faite dans l'excavation pelvienne la semaine précédente. Trompes, ovaires, ligaments larges absolument normaux. Pas la moindre lésion.

Expérience 4. — Durée 17 jours. Opération le 4 *juillet* 1906. — Hémorragie dans la cavité pelvienne; en outre, un petit vaisseau du ligament large droit est ouvert et on laisse saigner. On referme le ventre sans éponger le sang qui se répand dans le petit bassin.

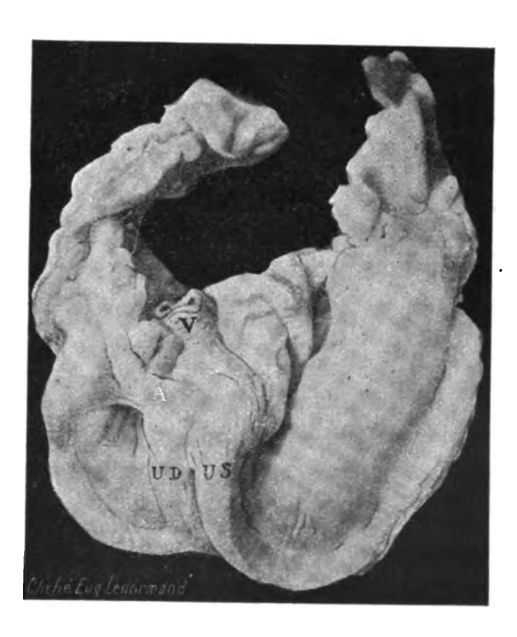


Fig. 1. — A, Bride adhérentielle ayant déformé la corne utérine droite. Le vagin V a été relevé pour faire ressortir la bride adhérentielle. UD, Utérus droit. US, Utérus gauche.

On sacrifie la lapine le 21 juillet. Laparotomie. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. L'état général de la lapine a été toujours très bon depuis son opération.

L'utérus droit présente au niveau de sa face postérieure une bride fibreuse, épaisse et très résistante, qui va du niveau de l'insertion vaginale sur les deux

cols utérins au corps de la corne utérine et rétracte ainsi la longueur de l'utérus (fig. 1).

Expérience 5. — Durée 13 jours. Opération le 12 *juillet* 1906. — Hémorragie dans le petit bassin ; le vaisseau ouvert étant assez gros et saignant abondamment, on met une ligature.

Autopsie le 25 juillet. On trouve à la laparotomie l'utérus et les annexes en place, non déformés. Dans le petit bassin, et semblant faire partie du ligament large, on sent une petite masse de la grosseur d'une noisette qui, à la coupe, paraît en partie fibreuse, en partie caséeuse, et renfermant un liquide clair citrin épais. Ce liquide, prélevé avec une pipette et trois tubes ayant été ensemencés, n'a donné aucune culture. Il y a donc lieu de croire qu'il ne s'agissait pas là d'une affaire infectieuse, mais probablement d'un caillot en voie d'organisation.

(Pièce malheureusement égarée au laboratoire.)

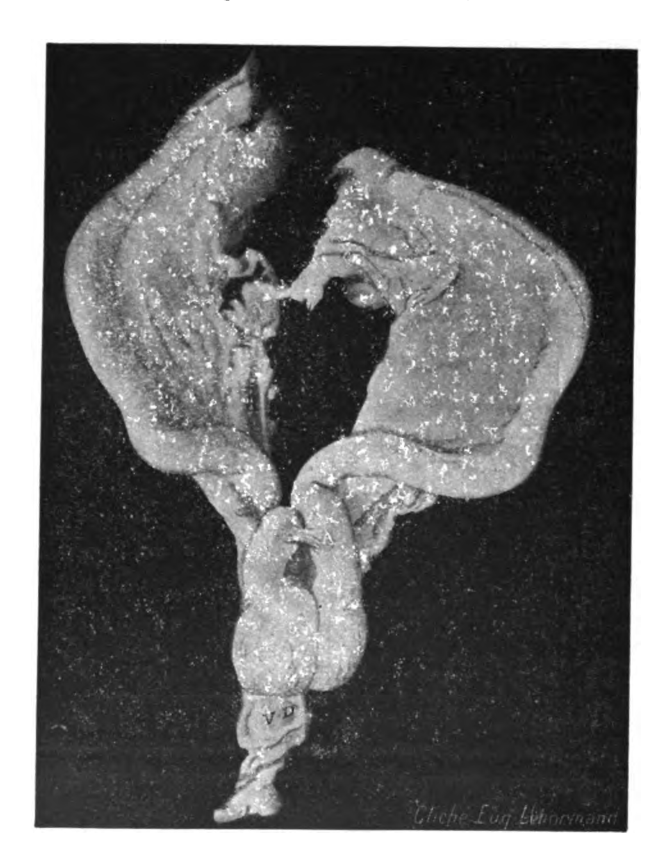


Fig. 2. — A. Bride adhérentielle réunissant les deux cornes utérines à la naissance. V. D. Vagin.

Expérience 6. — Durée 33 jours. Opération le 15 *octobre* 1906. — Hémor-

ragie dans la partie inférieure du ligament large gauche. On n'éponge pas le sang qui se répand en nappe dans le petit bassin.

On sacrifie la lapine le 8 novembre 1906. Rien du côté de la cicatrice, qui est rectiligne, recouverte de poils et souple dans toute sa longueur.

On trouve un peu de liquide très clair, très fluide à l'ouverture du péritoine. On voit à l'examen la partie antérieure des deux cornes utérines et du vagin réunie à la vessie par un feutrage très serré d'adhérences présentant de petites nodosités de la grosseur d'un grain de plomb, diffuses dans la masse fibreuse. Les cornes utérines sont libres et la lapine ne semble avoir jamais présenté de signes d'infection.

Expérience 7. — Durée 2 mois et demi (jeudi 8 *novembre* 1906). — Hémorragie dans le petit bassin. On coupe sur la partie inférieure droite du ligament large transparente une petite branche de l'utéro-ovarienne. On remet les annexes en place et on suture la paroi.

Pas de température. Réunion par première intention.

Sacrifiée le 26 janvier 1907. La cicatrice ne présente aucune nodosité, elle est souple et à peu près disparue. La lapine semble en parfaite santé, elle n'est pas amaigrie.

Laparotomie. Pas de liquide dans le péritoine. A l'examen on voit, sur la face antérieure, les deux cornes utérines à leur naissance réunies par une bride adhérentielle solide, allant d'une corne utérine à l'autre, formant un pont entre elles deux (fig. 2).

De cette première série d'expériences on peut conclure que de simples exsudats hémorragiques, aseptiques, suffisent à engendrer des adhérences durables, solides, qui dévient les organes, les peuvent agglutiner entre eux, les entraîner en une situation ectopique et troubler profondément par suite leur fonctionnement.

Assurément la conformation anatomique diffère assez des animaux sur lesquels nous avons expérimenté, à la femme, que nous ne puissions, sur le dernier point des troubles fonctionnels, que conclure par raisonnement.

Mais cette condition même est de nature, non pas à diminuer, mais à aggraver les conséquences des lésions au point de vue des troubles fonctionnels. La souplesse, la longueur, la déclivité relative des annexes chez la femme, les exposent en effet, en cas d'exsudats adhésifs, à être à coup sûr déplacés, comprimés, déviés et mis hors d'état de fonctionner régulièrement, qu'il s'agisse de la menstruation, ou qu'il s'agisse de la gestation.

Ces exsudats sont bien les vestiges persistants du sang coagulé et collecté. Ils sont organisés, vivants, puisqu'ils sont irrigués par un

système lacunaire de néo-capillaires fragiles, mais réels et assez abondants.

Ils sont susceptibles d'une durée de plusieurs mois, sous forme de masses plus ou moins épaisses, d'adhérences, de tractus fibrillaires, etc.

Ils sont le résultat d'un traumatisme provoqué aseptiquement, ce qui démontre que l'infection n'y a aucune part.

Le point choisi pour l'exécution expérimentale du traumatisme détermine le siège même de l'exsudat. C'est toujours aux environs de la trompe et de l'ovaire que les adhérences exsudatives produisent le maximum de désordres.

Ces désordres consistent en déformations, déviations, ectopie, compression et fixation anormale des annexes de l'utérus.

Nous savons par la clinique, et surtout par les résultats de la pratique chirurgicale sur les organes du petit bassin chez la femme, que la généralité des exsudats siège autour du pavillon tubaire, englobant presque toujours l'ovaire correspondant dans les mailles du réseau d'adhérences péri-annexiel, et que l'obstruction du conduit de la trompe est le terme habituel de ce processus.

Tantôt le pavillon adhérant à la paroi pelvienne, au fond du Douglas ou à l'utérus, est fixé et comme luté par la coulée exsudative à ces différents points, suivant les cas ; tantôt il reste libre et alors son extrémité fimbriaire, renflée en massue, oblitérée, se termine en doigts de gant aux parois épaisses, formées de stratifications fibreuses membraniformes superposées. Le point capital, c'est l'oblitération ; car elle équivaut à la perte de la fonction.

Dans de telles conditions, un phénomène se produit habituellement, c'est la formation d'un sarcosalpinx, autrement dit d'un kyste salpingien. Ceci n'est pas constant.

En effet, lorsque le processus exsudatif procède d'une infection, les cas sont variables, complexes ; et l'enkystement du pus, produit dans de telles circonstances, dépend de beaucoup de conditions, qu'il n'y a pas lieu d'envisager ici puisque nous ne nous occupons que des lésions aseptiques. Mais précisément, lorsque le processus est dépourvu de tout caractère irritatif, ce qui est la condition constante de nos expériences, il ne peut se produire qu'un kyste mécanique par obstruction.

Cette affirmation est-elle possible à démontrer, et pouvons-nous prouver expérimentalement que la seule obstruction du pavillon tubaire peut engendrer un kyste tubaire qui, dans l'espèce, ne peut être

qu'un hydrosalpinx ou un hydrohématosalpinx ? C'est précisément le but de dix expériences pratiquées sur des lapines, en vue d'éclaircir ce point précis de la pathogénie de l'hydrosalpinx aseptique.

Si ce point est démontré, il sera prouvé, par le fait même, que certaines tumeurs tubaires peuvent exister en dehors de toute infection et en dehors des collections hématiques de la trompe qui ont pour cause une grossesse ectopique.

Pour qu'une telle tumeur puisse se produire, il faut nécessairement que la muqueuse de la trompe soit normalement susceptible de produire un exsudat fluide, dont l'accumulation produira le kyste supposé.

Or ce fait est démontré et admis.

L. Tait a risqué l'affirmation d'un exsudat sanguin périodique dans la trompe. Cette hypothèse a été réduite à des proportions plus vraies par Thorn. On peut, en résumant les vues émises sur ce point discuté et en tenant compte de certaines observations d'un réel intérêt, dire que la trompe saigne dans le péritoine, à l'époque des règles, dans des circonstances anormales, assez fréquentes cependant. Ces menstrues tubaires se voient : 1° chez des névropathes (règles vicariées) ; 2° chez des femmes affectées d'une ectasie veineuse générale des organes pelviens (varicocèle féminin, sclérose veineuse, télangiectasie, etc.) ; 3° chez des malades dont les annexes affectent une situation déclive et, par cela même, sont le siège d'une congestion passive, véritable hypostase (rétroprolapsus des ovaires et des trompes, accompagnant la rétroversion utérine). Il existe sans doute d'autres causes à cette anomalie, mais cet exposé sommaire suffit à démontrer que l'abondance et la fragilité du réseau capillaire de la muqueuse tubaire, de celle du pavillon et des franges en particulier sont une condition suffisante d'exsudation sanguine.

A plus forte raison, une moindre hyperémie peut-elle produire une simple exsudation séreuse.

Or si l'extravasation de tels fluides ne réussit pas toujours à produire une collection liquide dans le Douglas, elle y parvient cependant quelquefois. Il n'est pas de chirurgien qui n'en ait constaté un certain nombre ; et ces collections sont parfaitement stériles.

Si elles ne se forment pas toujours, c'est que habituellement leur abondance est modérée et que le péritoine les résorbe sans qu'il en reste trace.

Sans aller aussi loin et sans se préoccuper des circonstances patho-

logiques, la physiologie a toujours admis l'existence d'une exhalation fluide permanente au niveau de la zone tubo-ovarique et en a fait une condition favorable à la progression de l'œuf fécondé vers l'oviducte. C'est un phénomène tout à fait normal, dont l'exagération caractérise précisément le phénomène morbide précédemment envisagé.

En résumé, théoriquement, il faudrait dire doctrinalement, il existe une sécrétion tubaire normale.

La possibilité de l'accumulation de cette sécrétion sous forme kystique ne réclame donc plus qu'une démonstration expérimentale.

On va la trouver dans les observations qui suivent.

Ligature de la trompe au niveau des fimbriæ.

EXPÉRIENCE 1.

15 *mars* 1906. — Ligature de la trompe au niveau de son pavillon.

Cette ligature est faite à la soie très fine avec une petite aiguille, et on évite avec soin de prendre les gros vaisseaux dans la ligature et de laisser du sang dans le péritoine.

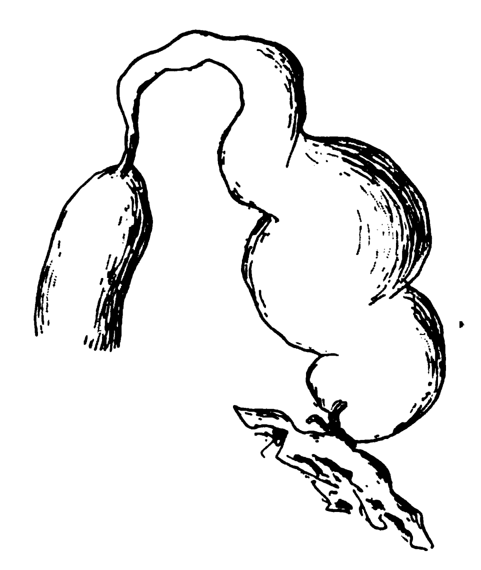


FIG. 3. — Hydrosalpinx obtenu par ligature à la soie placée au niveau des fimbriæ.

28. — On sacrifie la lapine. A la laparotomie pas le moindre exsudat. Pas de fausses membranes ni d'adhérences. La trompe présente dans ses deux tiers externes une dilatation progressive, qui a son maximum au niveau de la ligature placée immédiatement en dehors des franges du pavillon. Ces franges sont agglutinées par des adhérences nombreuses et paraissent former une

masse unique. Dans sa partie la plus dilatée, la trompe présente un volume cinq à six fois plus considérable que celui de la trompe opposée restée normale. Cette hydrosalpinx contient un liquide clair citrin. Desséché sur lame et coloré, il ne présente que quelques débris cellulaires (épithélium déformé). Pas trace de micro-organisme. Injecté dans le péritoine d'un cobaye, il ne donne aucune réaction, et l'animal, sacrifié six jours après, ne présente aucune lésion (fig. 3).

Expérience 2.

2 *avril* 1906. — Ligature du pavillon de la trompe gauche en dedans des fimbriæ.

Asepsie la plus parfaite possible; pas de lésion vasculaire.

6. — On sacrifie la lapine. A la laparotomie il sort un liquide péritonéal très limpide. L'utérus paraît congestionné, surtout du côté gauche. Trompe droite normale. La trompe gauche, triplée de volume, est dilatée en boudin à son extrémité et, à la ponction, on retire un liquide clair comme de l'eau très pure qui se vide en deux fois. Ce kyste paraît donc cloisonné.

Expérience 3.

10 *avril* 1906. — Ligature de la trompe gauche à 1 centimètre environ de son pavillon.

Ligature à la soie fine. Pas d'hémorragie.

Le nœud est serré à fond et intéresse seulement la trompe, laissant les vaisseaux en dehors.

5 *mai*. — On sacrifie la lapine, qui présente une énorme dilatation de la trompe gauche au niveau de son extrémité externe. Cette dilatation, commencée 2 centimètres après la corne utérine, se renfle en boudin. pour atteindre son maximum au niveau du pavillon de la trompe. Elle est sinueuse, recouverte de veines dilatées et abondantes; les sinuosités sont reliées entre elles par un tissu cellulaire dense, que l'on peut détacher facilement.

On ponctionne la trompe et on recueille un liquide clair comme de l'eau de roche, mais de consistance légèrement sirupeuse.

Inclusion d'un segment de trompe entre deux ligatures.

Expérience 1.

2 *mai* 1906. — Inclusion entre deux ligatures d'un segment moyen de la trompe gauche (4 centimètres environ).

Les ligatures sont faites à la soie fine avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires. Suture de la paroi en deux plans. Pansement collodionné.

15. — On sacrifie la lapine, qui n'a présenté aucun trouble apparent depuis l'opération; pas de fièvre, elle continue à manger comme par le passé.

Pas trace d'infection, ni dans la cicatrice ni dans la cavité péritonéale. Pas d'adhérences ni de fausses membranes. Le segment tubaire inclus entre les deux ligatures est considérablement dilaté: il est renflé en un sac sinueux, allant en grossissant à mesure que l'on se rapproche de la ligature voisine du pavillon de la trompe. Cette dilatation est vaguement moniliforme, les sinuo-

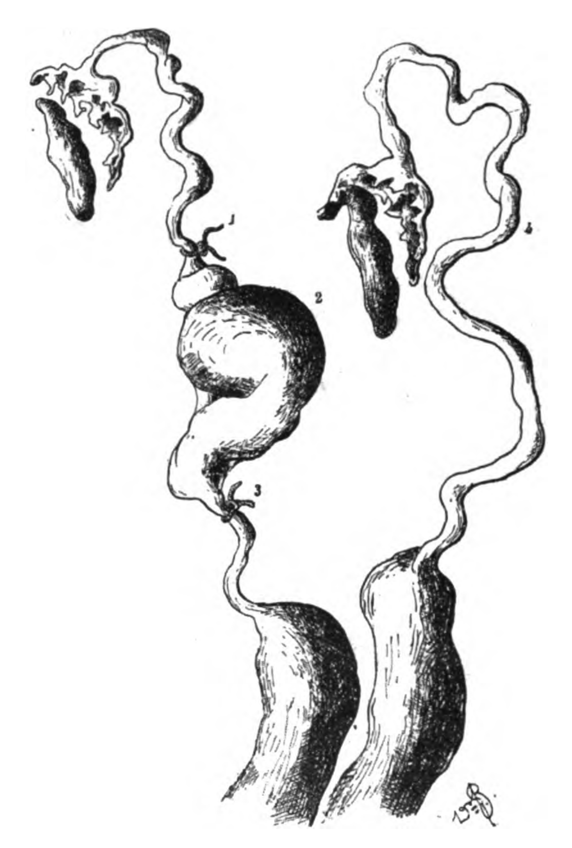


Fig. 4. — Inclusion entre deux ligatures d'un segment tubaire. — 1 et 3. Ligature. — 2. Hydrosalpinx entre les deux ligatures. — 4. Trompe témoin saine.

sités étant réunies entre elles par des adhérences solides qui recouvrent le tout pour en former une masse unique.

On ponctionne ce kyste et l'on a un liquide clair citrin qui, sur une préparation desséchée et colorée, renferme quelques leucocytes et quelques débris épithéliaux, sans la moindre trace de micro-organismes. Injecté sous le péritoine d'un cobaye, il ne donne aucune réaction, et, l'animal sacrifié quatre jours plus tard, est absolument sain (fig. 4).

Expérience 2.

2 *juin* 1906. — Laparotomie. Double ligature de la trompe, la première à 3 centimètres environ de la corne utérine, la seconde près du pavillon.

La lapine étant vierge, les organes génitaux sont assez grêles. Pas d'hémorragies à la ligature ; on referme le ventre avec soin.

5 *juillet*. — On sacrifie la lapine; on trouve une trompe présentant, en avant de la première ligature, une dilatation kystique en forme de massue, recouverte d'adhérences péritonéales. Au delà de la première ligature, commence une dilatation uniforme, qui donne l'impression de plusieurs ventres successifs contenant du liquide; ces divers ventres semblent bridés par des adhérences assez solides qui ne dépassent pas la trompe. Celle-ci est libre d'adhérences dans le bassin.

On ponctionne ces kystes et on ensemence deux tubes, l'un de gélatine et l'autre de bouillon. Le liquide ponctionné était clair comme de l'eau de roche : il ne cultive pas: le bouillon reste limpide et la gélatine intacte.

Expérience 3.

15 *juin* 1906. — Double ligature sur la trompe droite, la première est placée au niveau de la corne utérine, l'autre 3 centimètres plus loin.

6 *juillet*. — On sacrifie la lapine, qui n'a présenté aucun trouble depuis l'opération. Pas d'infection du côté de la cicatrice. Aucune adhérence péritonéale. Entre les deux ligatures, la trompe est distendue par un liquide qui lui donne la forme d'un boudin trois fois plus gros environ que la trompe normale. Cet hydrosalpinx est toutefois d'un volume bien inférieur à celui obtenu par la ligature faite au centre du trajet de la trompe. Le liquide peu abondant est recueilli et on ensemence deux tubes qui ne cultivent pas.

Expérience 4.

25 *juin* 1906. — Laparotomie. On place une ligature à la soie fine sur l'extrémité externe de la trompe *gauche,* au niveau du pavillon; une seconde ligature est placée au tiers moyen de la trompe.

10 *juillet*. — On sacrifie la lapine. Pas trace d'infection. La trompe gauche, libre d'adhérences, présente, entre les deux ligatures, une dilatation d'au moins cinq fois le volume de la trompe, allant en augmentant à mesure que l'on se rapproche du pavillon. Avant la première ligature, c'est-à-dire vers le tiers interne de la trompe, on voit une dilatation légère (deux à trois fois le volume de la trompe).

Le liquide, ponctionné et mis sur lame. ne présente, après dessiccation et coloration, aucun micro-organisme.

Expérience 5.

3 *juillet* 1906. — Double ligature de la trompe gauche : la première est placée environ à 1 centimètre de la corne utérine, la seconde 3 centimètres plus loin, vers l'extrémité externe de la trompe.



25. — On sacrifie la lapine, qui présente un très léger exsudat péritonéal. Pas d'infection ni d'adhérences. La trompe gauche présente un volume au moins six fois supérieur à son volume ordinaire et montre un hydrosalpinx, qui va en augmentant à mesure qu'on se rapproche de la seconde ligature. On remarque, à la surface de la tumeur, une circulation très augmentée : les veines, en particulier, sont très nombreuses et semblent doublées de volume.

Ligature de la trompe au niveau de la corne utérine.

EXPÉRIENCE 1.

12 *avril* 1906. — Laparotomie. Ligature à la soie fine au niveau de la corne utérine droite.

Suture de la paroi. Pansement collodionné.

25 *juillet*. — On sacrifie la lapine : la cicatrice se voit à peine, le poil commençant à repousser. Pas la plus légère trace d'infection. La trompe qui porte la ligature est absolument normale et ne présente aucune différence avec elle du côté opposé. Pas la moindre adhérence.

EXPÉRIENCE 2.

15 *avril* 1906. — Laparotomie. Ligature à la soie au niveau de la corne utérine gauche. Suture de la paroi en deux plans. Pansement.

10 *mai*. — On sacrifie la lapine. La cicatrice a presque disparu. La lapine

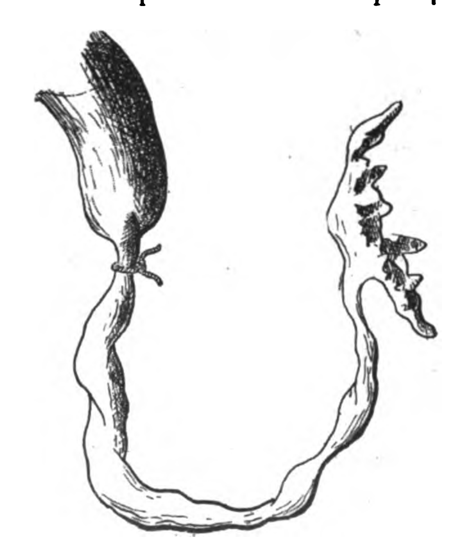


FIG. 5. — Ligature au niveau de la corne utérine.
Pas de modification.

grasse et bien portante, n'a jamais souffert. La trompe gauche, sur laquelle on retrouve la ligature, paraît légèrement plus grosse que celle du côté opposé :

cette augmentation de volume est à peine sensible à l'ouverture de cette trompe. On trouve un liquide qui est plutôt un suintement qu'une collection et qu'on ne peut prélever (fig. 5).

Les expériences, on le voit, confirment les conclusions énoncées par anticipation.

Le point dominant est l'abondance de l'exsudat intra-tubaire et sa formation immédiate, dès que l'occlusion du pavillon est effectuée.

Un second point, c'est la possibilité d'obtenir un rapide amincissement des parois tubaires, si épaisses normalement, par le seul fait de la rétention du liquide exsudé. La distension de la trompe, à sa partie moyenne, s'effectue au point que les parois deviennent minces jusqu'à la transparence. La muqueuse est alors déplissée, l'épithélium est aplati, mais non altéré. Les fibres musculaires sont dissociées ou disparues, très différentes en cela des parois épaissies, parenchymateuses, adhérentes des lésions infectieuses. Nous avons trouvé parfois les replis de la muqueuse aplatis et accolés entre eux. unis par un stroma conjonctif dense contenant un grand nombre de leucocytes.

Enfin, en ce qui concerne l'exsudat lui-même, nous pouvons conclure de nos expériences que le liquide sécrété *par la trompe* semble se diriger toujours vers l'orifice péritonéal; de plus, de toutes les parties de la trompe, celles qui semblent sécréter le plus sont les extrémités, puisque les ligatures doubles portant à ce niveau donnent les hydrosalpinx les plus considérables.

CONTRIBUTION A L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

DU CORDON OMBILICAL DANS LA SYPHILIS[1]

Par le docteur JEAN LIVON (fils), ex-chef de clinique d'accouchements, chef du laboratoire des Cliniques à l'Hôtel-Dieu.

L'influence des lésions placentaires sur la vie du fœtus est un point définitivement acquis dans cette question de la syphilis qui présente encore des obscurités.

Macroscopiquement, le placenta des femmes syphilitiques a un aspect particulier : il est pâle, il ressemble à du hachis de porc, pour nous servir d'une comparaison faite par M. le professeur Pinard, ses sillons sont plus profonds, il est plus gros et plus lourd.

Microscopiquement, on trouve une prolifération et une sclérose des éléments anatomiques, ce qui explique l'augmentation du poids. De même, il existe des lésions vasculaires, avec lésion des villosités et modification importante du tissu conjonctif. Manifestations non douteuses d'endartérite, avec oblitération du calibre du vaisseau plus ou moins complète.

Quelquefois il n'y a que de la péri-artérite, mais il est rare qu'elle soit isolée; ce sont les cas où, d'après Ribemont-Dessaignes et Lepage, l'intensité du virus serait affaiblie.

Quant à l'hypertrophie des villosités, il faut y joindre une infiltration embryonnaire. Il y a de la prolifération végétative de l'épithélium de revêtement dans les deux couches, membrane de Langhans et syncytium.

D'autre part, il y a dans les éléments conjonctifs hyperplasie et une prolifération abondante, qui les substitue aux autres éléments anatomiques des villosités et les étouffe en quelque sorte. Si telles sont les lésions multiples qui frappent le placenta syphilitique, lésions que nous avons cru devoir rapidement passer en revue au début de ce

---

(1) Communication faite au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, Alger, avril 1907.

modeste travail, nous avons pensé, d'autre part, qu'il serait intéressant de faire des recherches sur le trait d'union entre le placenta et le fœtus, le cordon ombilical, suivre ensuite la veine ombilicale dans l'abdomen du produit de la conception et étudier ses lésions jusque dans le foie.

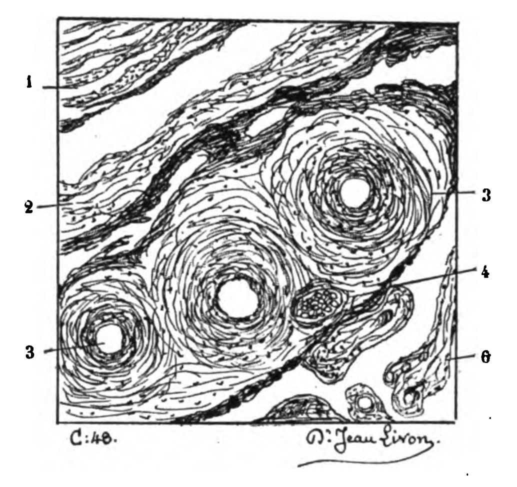


FIG. 1. — Placenta syphilitique.
1, épithélium amniotique; — 2, tissu conjonctif organisé ; — 3, tissu conjonctif néoformé périartériel — 4, veine ; — 5, artères ; — 6, villosités.

Comme nous le lisons fort justement dans Ribemont-Dessaignes Lepage, les lésions du cordon dans la syphilis sont variables et, selon et les auteurs, on voit qu'ils insistent sur tel ou tel point.

Nous avons repris cette question, en faisant un certain nombre de coupes de cordons ombilicaux sains, que nous avons comparées aux coupes de cordons ombilicaux douteux ou provenant de syphilitiques reconnues.

Nous avons d'abord, donc, examiné un certain nombre de cordons normaux, trouvant généralement une veine deux ou trois fois plus volumineuse que chacune des artères ombilicales, à calibre assez régulier. Un tissu muqueux formé de fibres conjonctives, tapissé de cellules plasmatiques multipolaires, ne différant guère du tissu conjonctif lâche que par la présence de la mucine qui distend ses mailles.

Nous avons ensuite prélevé un grand nombre de cordons chez des femmes ayant eu la syphilis, ou étant encore sous l'influence du virus, et venant accoucher dans le service de notre maître M. le professeur Queirel, alors que nous étions son chef de clinique.

Nous avons aussi examiné systématiquement tous les cordons des enfants nés morts et macérés.

Les coupes faites sur tous ces cordons ont été prélevées près de l'insertion placentaire et près de l'insertion ombilicale.

Comme colorants, nous avons employé l'hématéine, l'hématoxyline et l'éosine, le van Gieson, etc.

Nous avons aussi usé de la méthode de Giemsa et de celle de Levaditi à l'imprégnation au nitrate d'argent pour la recherche du *Treponema pallidum*.

Si, dans la syphilis congénitale fœtale, les altérations du placenta sont de règle, elles s'accompagnent d'anomalies du cordon ainsi que de lésions des membranes, car si l'on songe aux connexions de cet organe avec le fœtus d'une part, le placenta de l'autre, on comprend facilement que le cordon ombilical puisse ne pas rester indemne, lorsqu'il est traversé par un sang syphilitique, allant soit de la mère au fœtus, soit du fœtus à la mère.

Les lésions macroscopiques des cordons syphilitiques ne sont pas toujours toutes réunies sur le même cordon et tandis que certaines existent presque toujours, d'autres au contraire sont beaucoup plus rares; elles se manifestent par une induration, un épaississement général, une infiltration et une induration de tous les éléments.

Épaississement des parois vasculaires, sténose des vaisseaux ombilicaux et dissociation des éléments du cordon par la fonte de la gélatine de Wharton.

Souvent aussi, le cordon est légèrement rosé, plus dur, plus volumineux et le double de son état normal.

Induration du cordon. — L'épaississement du cordon, l'induration des parois des vaisseaux sont notés presque par tous les auteurs. Œdmansonn dit que dans ses six observations toujours la paroi des vaisseaux était dure. Ahfeld signale, en plus, des nodosités.

Pour Winckel (1) et Screccicki (2), le cordon est épaissi, œdémateux, avec des vaisseaux indurés. Léopold note un épaississement des parois vasculaires sur la veine ombilicale.

Dans l'observation de MM. Bar et Tissier (3), le cordon ombilical

---

(1) WINCKEL, Sténose de la veine ombilicale. *Bericht und Studien*, 1874. — WINCKEL, Lésions des vaisseaux ombilicaux d'origine syphilitique. *Lehrbuch der Geburt*, Leipzig, 1889, pp. 287 et 320.

(2) SCRECCICKI, Lésions des vaisseaux ombilicaux, in WINCKEL, *Lehrbuch der Geburt.*, 1889, p. 350.

(3) BAR et TISSIER, *Société obstétricale et gynécologique*, 13 juin 1895.

était très résistant, « il criait sous le couteau », et à l'œil nu on voyait, autour des vaisseaux, une gangue très épaissie.

MM. Macé et Durante (1) signalent aussi un épaississement des parois vasculaires.

Il faut cependant ajouter que cette induration, que nous avons aussi constatée, n'existe pas uniquement dans la syphilis.

Sténose du cordon. — La sténose des vaisseaux ombilicaux est assez fréquente. Œdmansonn (2) signale le rétrécissement du calibre des vaisseaux et dit que là se trouve la conséquence de leur altération. Winckel attribue à la syphilis le rétrécissement de la lumière du conduit et la sténose avec altération de la tunique interne. La sténose peut exister soit sur la veine, soit sur l'artère, mais veines et artères peuvent être sténosées en même temps et quelquefois si fortement qu'on a peine à introduire dans leur paroi un crin de cheval. La sténose des vaisseaux du cordon est fréquente, dit Mewis (3), elle existe dans la proportion de 36 p. 100, elle est un signe certain de syphilis. Cet auteur l'a trouvée le plus souvent coexistant avec des lésions certaines de syphilis observées sur d'autres organes.

Dissociation des vaisseaux du cordon. — Lésion beaucoup plus rare, n'ayant été notée que deux fois jusqu'ici et rapportée dans la thèse de notre aimable confrère le docteur Laugier. MM. Bar et Tissier, d'une part, MM. Macé et Durante, d'autre part, ont donné deux observations où existait la dissociation des éléments du cordon, par la fonte de la gélatine de Wharton, sur deux cordons présentant des altérations syphilitiques.

Si l'on trouve ainsi ses premières lésions macroscopiques, les auteurs, au point de vue des lésions microscopiques, émettent alors des idées bien différentes.

Pour Braun, il y a surtout de l'hyperplasie du tissu conjonctif; Frœnkel a retrouvé des artères athéromateuses; Winckel, une sclérose primitive de la veine ombilicale; quant à Léopold, il aurait noté un rétrécissement et un épaississement des parois de la veine.

Vinay, dans son *Traité des maladies de la grossesse*, écrivait en 1894 :

(1) Macé et Durante, *Société obstétricale et gynécologique*, 13 juin 1895.
(2) Œdmansonn. Lésions des vaisseaux ombilicaux dans la syphilis. *Arch. f. Gynæk.*, 1870, t. I, p. 523.
(3) Mewis, Lésions syphilitiques du cordon. *Zeitschrift f. Gebh. und Gynækol.* Bd. IV, pp. 39-62.



« Le cordon, qui est le prolongement du placenta, est souvent modifié dans sa texture, bien que les lésions ne présentent rien de spécifique par elles-mêmes. Ce sont des péri-artérites et des périphlébites qui déterminent des rétrécissements des vaisseaux funiculaires. »

En mars 1896, Laugier étudie, dans son intéressante thèse sur les lésions du cordon, thèse où nous avons puisé, les lésions syphilitiques du cordon ombilical et publie les observations très intéressantes de MM. Macé et Durante, Bar et Tissier. Il signale les diverses lésions trouvées par les différents auteurs, processus athéromateux de la paroi vasculaire, avec épaississement de la tunique interne (Œdmansonn), dépôts calcaires (Ahfeld); sténose de la veine ombilicale avec lésions de la tunique interne (Winckel, Screccicki, Birsch-Hirschfeld (1), Mewis, Léopold).

Œdmansonn et Verdier ont rencontré des lésions d'endo et de périartérite et de la périphlébite dans les vaisseaux du cordon.

Saxinger et Zilles ont décrit des lésions analogues.

Zilles (2) consacre, lui aussi, un mémoire aux lésions du placenta et du cordon dans la syphilis.

Léopold, qui est cité dans la thèse d'agrégation de Blaise, rappelle un rétrécissement pathologique avec épaississement des parois au niveau du rétrécissement physiologique de la veine ombilicale.

Winckel pense que la sténose primitive de la veine ombilicale est de nature syphilitique.

M. Vallois a constaté, dans plusieurs faits, un état fibreux accusé des cordons.

MM. Bar et Tissier ont présenté, le 13 juin 1895, à la Société obstétricale de Paris, une observation de péri-artérite généralisée probablement syphilitique chez le fœtus. Le cordon ombilical de ce cas présentait une dissociation absolue des vaisseaux funiculaires, par fonte de la gélatine de Wharton, et les trois vaisseaux étaient entourés par une gangue fibreuse extrêmement épaisse. MM. Macé et Durante rapportent, eux aussi, une observation, avec dissociation des éléments du cordon, endo-périphlébite d'origine probablement syphilitique.

Pour Schwab (3), dans sa thèse sur la syphilis du placenta, nous

(1) Birsch-Hirschfeld, Un cas de sténose de la veine ombilicale, in *Arch. f. Heilkunde*, Heft. 2, 1875, p. 166.

(2) Zilles, *Studien über Erkr. der Plac. u. der Nabelsch-bedingt. d. Syph. in Mitth. aus d. Geb. K. Tübingen*, 1885, Heft. 2, n° 3.

(3) Schwab, *Presse médicale*, 14 décembre 1895.

trouvons signalé que le cordon peut présenter une infiltration embryonnaire plus ou moins accusée et des lésions vasculaires.

Les manifestations non douteuses d'endartérite avec oblitération du calibre du vaisseau plus ou moins complète sont généralement les premières constatations faites. Quelquefois, il n'y a que de la périartérite, mais il est rare qu'elle soit isolée.

Le professeur Pinard avait déjà attiré l'attention sur l'altération des valvules des vaisseaux ombilicaux.

J. Darier (1) a étudié l'artérite syphilitique et montre l'état actuel des connaissances sur la syphilis des artères.

Quant à Budin et Demelin (2), ils écrivent que l'artérite syphilitique intéresse les vaisseaux ombilicaux et favorise la veine d'omphalorragies très difficiles à arrêter.

Ainsi donc, au point de vue des lésions histologiques du cordon, nous voyons qu'elles siègent de préférence dans les vaisseaux.

Les artères comme la veine peuvent être frappées par l'élément syphilitique ; et voici ce que l'on observe : Les lésions d'endophlébites sont fréquentes, consistant dans la plupart des cas en un épaississement de la tunique interne avec prolifération de cette tunique et accumulation de cellules rondes.

Ces lésions de l'endo-veine ont souvent amené des thromboses. Dans l'observation de Macé et Durante, nous voyons que l'endo-phlébite a déterminé une coagulation assez forte, mais qui cependant ne remplissait pas le vaisseau.

L'endophlébite avait déterminé la sténose de la veine ombilicale dans les cas rapportés par Winckel, Screccicki, Birsh-Hirschfeld, Mewis.

L'endophlébite est signalée dans presque toutes les observations d'épaississement de la tunique interne, dû à un processus athéromateux ; parfois la tunique interne est transformée en une masse calcaire (Œdmansonn).

Ahfeld a vu une infiltration calcaire de la tunique interne. Pour Screcciki, 18 fois sur 24, la tunique interne était épaissie. Mewis, lui, donne 37 p. 100 des cas, avec épaississement de la tunique interne.

Macé et Durante ont noté avec Laugier les mêmes lésions, endo-

(1) J. Darier, Paris, 1904, Rueff.
(2) Budin-Demelin, *Manuel pratique d'acc. et d'all.*, Doin, 1904, p. 562.



thélium boursouflé, et dans la couche profonde de l'endo-veine on remarquait une zone d'infiltration constituée par une accumulation considérable de cellules rondes, s'arrêtant à la couche musculaire.

Les lésions de la tunique moyenne sont moins souvent notées. Œdmansonn, Léopold, Macé et Durante les ont cependant observées, ainsi que Laugier, sur un cordon de syphilitique.

Ces lésions sont : symptômes inflammatoires moins importants que dans la tunique interne ; cette tunique est un peu plus épaissie et présente des zones d'infiltration formées par de petites cellules rondes.

Les lésions de périphlébite sont décrites par Birsch-Hirschfeld, qui nota dans la tunique adventice des amas de cellules lymphoïdes, sans dégénérescence graisseuse et infiltration calcaire.

Léopold, lui, trouve un épaississement de la tunique externe, caractérisé par une infiltration de cellules conjonctives.

Dans le cas de MM. Bar et Tissier, la sclérose périvasculaire était très nette ; dans celui de MM. Macé et Durante, la périphlébite existait très accentuée. Laugier l'a aussi très bien observée dans un cordon syphilitique et sur un macéré.

Au point de vue des lésions des artères nous voyons que l'endartérite est caractérisée par un épaississement de la tunique interne, avec prolifération et accumulation de cellules rondes.

Pour Œdmansonn, c'est un processus athéromateux qui produit de telles lésions pouvant amener des tromboses.

Pour Screccicki et Mewis, ces lésions sur les artères sont moins fréquentes ; pour le premier, il y a 8/24 cas.

Dans l'observation de MM. Macé et Durante, dans celle de M. Laugier, l'endartérite était légère.

La péri-artérite doit être citée, dans certains cas elle est très intense et une gangue fibreuse colossale entoure les vaisseaux, parfois la paroi externe seule peut être un peu épaissie.

A côté de ces lésions, les artères peuvent être normales, malgré les lésions veineuses : telles les observations de Screccicki et Laugier.

L'épaississement de la gaine amniotique a été signalé dans plusieurs observations. Ahfeld décrit des nodosités.

La gélatine de Wharton peut aussi présenter des lésions spécifiques. Dans l'observation de Bar, elle n'existait plus entre les vaisseaux.

M. Durante a montré l'épaississement et l'infiltration de la substance gélatineuse par des cellules rondes et de nombreux noyaux.

M. Schwab signale aussi l'infiltration par des noyaux, ainsi que le fait notre excellent confrère et ami le docteur Laugier.

En résumé, il semble donc que la gélatine de Wharton puisse présenter des altérations syphilitiques, caractérisées par l'infiltration de cellules rondes et par des petits amas nodulaires développés dans son intérieur, faits qu'il nous a été permis de retouver à notre tour.

Franceschini (1) publie, en 1904, un travail sur l'histologie pathologique du cordon ombilical dans la syphilis, et fait observer qu'il existe surtout des lésions vasculaires portant sur la veine et les artères. L'auteur ajoute qu'il a fait ses observations et constatations sur l'extrémité fœtale du cordon.

Ces observations correspondent à ce que nous avons pu observer sur beaucoup de nos sujets, mais, ayant porté notre attention sur toute la longueur du cordon, nous n'avons jamais, sur nos exemples, pu trouver, d'une manière constante, des lésions plus accentuées, soit vers l'insertion placentaire, soit à l'extrémité fœtale.

Mes observations ont porté sur le cordon ombilical et, toutes les fois qu'il m'en a été possible, sur la veine ombilicale à son entrée dans l'abdomen du fœtus, veine que j'ai essayé de suivre jusqu'à son arrivée au foie. J'ajouterai qu'avec les données de la science actuelle j'ai recherché le *Treponema pallidum* de Schaudinn, dans le cordon, les organes et les tissus des hérédo-syphilitiques.

J'ai noté que pour les cordons syphilitiques, et cela dans la majorité des cas, les altérations anatomo-pathologiques consistent tout d'abord en lésions vasculaires frappant les artères et la veine.

Les lésions que nous avons observées sont des lésions inflammatoires siégeant surtout sur la tunique interne, où l'on trouve une prolifération conjonctive, des exsudats et une infiltration plus ou moins considérable de leucocytes polynucléaires. Ces derniers, ainsi que l'infiltration œdémateuse et la prolifération, se retrouvent également dans la tunique moyenne et à un très faible degré dans l'adventice.

Dans un grand nombre de nos cordons syphilitiques, nous avons trouvé de l'endartérite et de l'endophlébite avec sténose et parfois oblitération partielle du vaisseau qui était le plus atteint.

---

1) G. Franceschini, *Gaz. degli ospedali*, 28 février 1904, p. 207.



Quant à la périphlébite et à la péri-artérite, nous avons remarqué qu'elles sont en général peu accusées et plus rares, surtout la péri-artérite que nous avons observée bien moins fréquemment.



Fig. 2. — Cordons ombilicaux syphilitiques.

J'attirerai, cependant, l'attention sur un fait important à retenir, c'est que la veine ombilicale est bien plus souvent frappée que les artères,

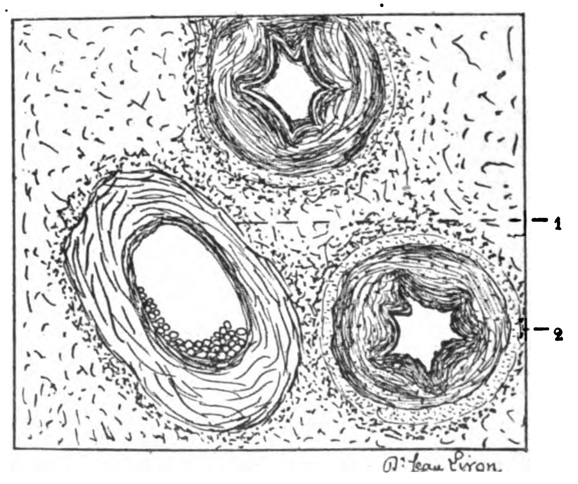


Fig. 3. — Cordon ombilical syphilitique.
1, veine ; — 2, artères.

et que, lorsque artères et veine sont lésées, la veine ombilicale l'est à un degré beaucoup plus intense. C'est ainsi que presque sur tous nos cordons d'enfants syphilitiques nous avons trouvé une veine ombili-

cale avec un épaississement très net de la paroi, épaississement que j'ai pu constater sur l'extrémité fœtale et placentaire du cordon ombilical. Chez certains cependant, l'épaississement semblait être plus

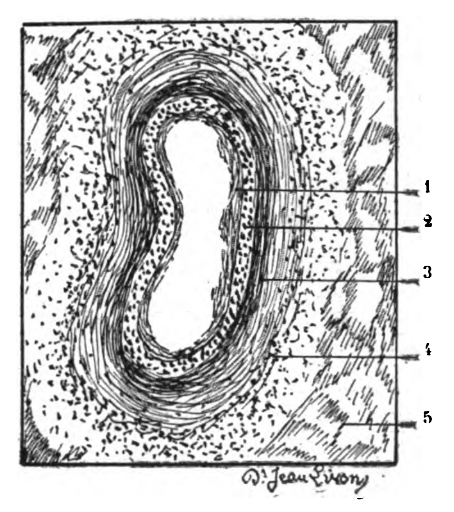


FIG. 4. — Coupe de la veine ombilicale chez un fœtus syphilitique.

1, endothélium un peu boursouflé; — 2, couche profonde de l'endoveine ; accumulation de petites cellules rondes ; — 3, couche musculaire, saine dans sa partie interne ; — 4, couche externe de la musculaire infiltrée de cellules rondes ; — 5, tissu muqueux.

intense du côté de l'extrémité fœtale, alors que pour d'autres l'intensité de l'épaississement siégeait vers le bout placentaire.

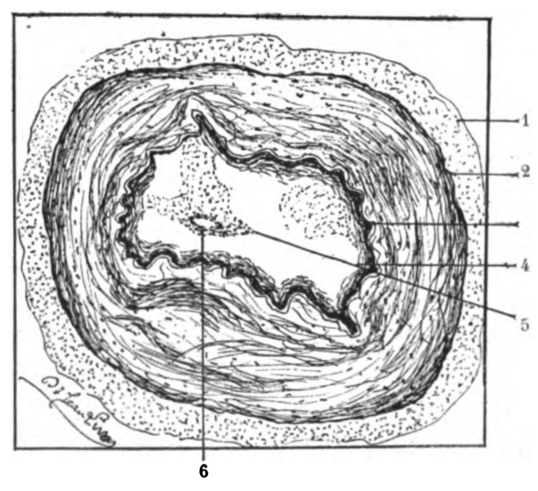


FIG. 5. — Endartérite.

1, adventice ; — 2, tunique moyenne très épaisse, augmentation du tissu conjonctif; — 3, membrane limitante élastique interne festonnée ; - 4, épaississement endartérique disposé sur tout le pourtour; — 5, thrombus irrégulier occupant la lumière du vaisseau ; — 6, néo-vaisseau.

En résumé, dans les cordons syphilitiques, les lésions sont avant tout

des lésions vasculaires, l'endartérite occupe le maximum de l'échelle.

L'épaississement du cordon, l'induration de ses vaisseaux la dissociation, très rare, de ses éléments, sont généralement les faits macroscopiques saillants.

En un mot, il n'y a point de lésions vraiment spécifiques spéciales pour le cordon ; c'est grâce à l'ensemble des faits et des observations que l'on peut arriver à une conclusion, surtout lorsque la veine ombilicale présente des lésions existant en même temps que celles que l'on peut observer sur le placenta et le fœtus.

Quant à la veine ombilicale, lors de son entrée dans l'abdomen du fœtus, nous avons pu constater sur les cas que nous avons examinés des lésions d'endophlébite.

La tunique interne épaissie a proliféré, et nous avons pu observer un point où l'endophlébite avait déterminé une coagulation qui n'obstruait pas complètement la lumière du vaisseau. La tunique moyenne est généralement moins épaissie, par conséquent moins atteinte. Nous avons aussi noté parfois un peu de périphlébite.

OBSERVATIONS

Obs. I (nº 20). — *Cordon dur, rouge, volumineux. Hypertrophie manifeste du tissu conjonctif, épaississement des parois de la veine ombilicale. Endartérite légère. Endopériphlébite. Endopériartérite. Spirochètes dans le foie des fœtus. Grossesse gémellaire. Accouchement à 7 mois. Enfants mort-nés. Mort de la mère.*

A 22 ans, notre malade eut ses premiers rapports sexuels, dit-elle, à la suite desquels elle devient enceinte, et pendant sa grossesse un chancre spécifique évolua.

Première grossesse à terme ; elle accouche d'un enfant vivant qui meurt 4 jours après (1902) (?)

En 1904, elle devient à nouveau enceinte ; elle rentre à l'hôpital. Angine, céphalée intense, avec chute des cheveux, mais malgré cela elle n'avait suivi pendant sa grossesse aucun traitement spécifique.

En janvier 1905, elle rentre au pavillon des spécifiques, les urines renferment de l'albumine, mais elle peut subir un traitement de 15 jours, elle est dans son 5ᵉ mois de gestation.

Femme âgée de 27 ans. Ventre développé, utérus dévié à gauche, tension des parois souples. Par le palper je diagnostique une grossesse gémellaire. Urine : albumine. 2 gr. 50. Température, 39°,5.

Mise au régime lacté, l'albumine disparut complètement 6 jours après ; en réexaminant la malade, je constatais la mort des produits de la conception ;

48 heures après, l'accouchement commença, rupture spontanée de la poche des eaux, écoulement d'un liquide légèrement sanguinolent.

Expulsion d'un premier fœtus, mort-né. Seconde poche des eaux que l'on crève, expulsion du deuxième fœtus mort-né.

Placenta unique, inséré sur le segment inférieur et pesant 730 grammes, avec foyers hémorragiques et aspect hachis de porc. Cordons, 65 centimètres et 59 centimètres de long.

Fœtus A: 1.350 grammes, 44 centimètres de long.

Fœtus B: 1.450 grammes, 46 centimètres de long.

Placenta friable, volumineux et lourd, pale, anémié, rembourré de masse d'apparence graisseuse, cotylédons déformés, isolés. Cordons rouges, durs, volumineux.

Autopsie des fœtus. — Abdomen très développé, aplati, élargi, affaissé; leur thorax a perdu sa voussure normale et leur abdomen est en tous points semblable à celui des batraciens. Os de la tête mous et mobiles. A l'ouverture des corps de ces deux fœtus, nous avons trouvé un épanchement péritonéal abondant, de l'ascite et une imbibition sanguinolente généralisée avec collections séro-sanguinolentes dans toutes les cavités.

Foies volumineux, 150 grammes et 155 grammes, épaississement de la capsule de Glisson. Tissu hépatique jaunâtre, dur, présentant la demi-transparence de la pierre à fusil; sa surface semble parsemée de grains de semoule et donne au foie un aspect granuleux.

Microscopiquement, lésions vasculaires avec infiltration des espaces portes, de l'hépatite avec productions gommeuses, spirochètes constatés par le procédé de Levaditi.

Rates hypertrophiées, augmentées de poids, 20 et 23 grammes. Capsules surrénales augmentées de volume et en état de dégénérescence graisseuse.

Reins congestionnés.

Poumons. — Noyaux indurés plus ou moins consistants, plusieurs ramollis, étaient remplis d'un liquide purulent.

Plantes des pieds et des mains, avec des bulles de pemphigus à divers stades de développement.

Examen histologique du placenta et des cordons. — Villosités hypertrophiées avec infiltration embryonnaire et altérations des vaisseaux, endophlébite et artérite amenant des troubles de la nutrition, sclérose des éléments anatomiques qui étouffe les éléments utiles. Lésions du stroma conjonctif. Prolifération de l'épithélium de revêtement faisant par places de légères saillies dans l'espace intervilleux.

Les cordons présentent une hypertrophie manifeste du tissu conjonctif avec un épaississement des parois de la veine. Dans la partie du cordon près du placenta, nous avons noté une périphlébite légère, plus accentuée cependant que vers le bout fœtal. Endophlébite assez marquée.

Dans le tissu muqueux, entre les artères et la veine, quelques traînées de cellules rondes.

Rien de particulier au sujet des artères, dont une cependant présenta sur un point de son trajet un peu d'endartérite et de légère péri-artérite.

L'examen de la veine ombilicale, après son passage dans l'abdomen des fœtus, m'a permis de constater une légère diminution dans le calibre de ces vaisseaux frappés d'endo et de périphlébite.

Autopsie de la mère (résumée). — Myocardite, hypertrophie du cœur. Pleurésie chronique, emphysème, œdème pulmonaire, broncho-pneumonie droite. Néphrite avec gros rein blanc ; cirrhose du foie silex, hémorragie punctiforme de l'estomac, œdème méningé.

Obs. II (nº 24). — *Placenta avec endartérite proliférante et oblitérante. Cordon peu épais. Épaississement de la veine. Endartérite légère. Présence de spirochètes.*

H. N., 19 ans, primipare. A eu quelques angines, pas de céphalées nocturnes, pas de fausses couches, nie la syphilis.

Elle accouche prématurément d'un garçon mort-né pesant 1.710 grammes avec un placenta de 600 grammes.

A l'autopsie, rien de spécial, sinon un gros foie congestionné.

Foie. — Quelques rares spirochètes, difficiles à trouver dans plusieurs préparations.

Rein. — Dans la région des tubuli contorti, quelques spirochètes, mais peu nombreux.

Rate.— Sur de multiples coupes, il ne nous a pas été donné de trouver un spirille.

Placenta. — Lésions artérielles, endartérite proliférante ayant en quelques points évoluée jusqu'à l'oblitération assez complète d'un petit nombre de ramuscules artériels.

Cordon — Léger épaississement de la paroi de la veine ombilicale, endartérite très peu accusée. Ce cordon, macroscopiquement, semblait avoir un volume normal.

Veine ombilicale chez le fœtus. — Cette veine, macroscopiquement, semble tout à fait normale. Histologiquement, nous avons à peine à noter un léger épaississement de la paroi.

Nous n'avons pu trouver dans sa lumière trace de spirochète, mais un caillot oblitérant aux trois quarts sa lumière, sur un espace de son parcours.

Obs. III (nº 33). — *Cordon grêle, mince, dur. Endartérite et endophlébite. Infiltration embryonnaire. Présence de spirochètes.*

L., 22 ans, primipare, a eu de la chute des cheveux, des céphalées fréquentes, avec maux de gorge. Éruption sur tout le corps. Elle accouche d'un fœtus macéré pesant 1.600 grammes. Placenta, 710 grammes. Cordon mince, grêle, coloré, dur et mesurant 45 centimètres.

Placenta.—Villosités hypertrophiées avec infiltration embryonnaire et altération des vaisseaux, sclérose des éléments anatomiques qui étouffe les éléments utiles.

Nulle part, malgré des recherches minutieuses, ni du côté fœtal, ni du côté des espaces sanguins maternels, on ne trouve de spirochètes.

Cordon. — Endartérite et endophlébite, oblitération partielle des vaisseaux qui étaient très diminués dans leur calibre. Infiltration embryonnaire. Pas de spirochètes.

Veine ombilicale. — Épaississement très marqué et présence dans son pourtour de quelques rares spirochètes.

Foie. — L'organe est rempli de spirochètes très abondants s'accolant au bord d'une cellule. La structure du foie est très altérée, les travées hépatiques sont complètement désagrégées, à peine quelques cellules autour d'une veine sus-hépatique. Les spirilles sont très abondants, réunis en amas autour des vaisseaux, ou dans la lumière desquels ils forment des colonies; quelques rares spirochètes dans les endroits encore conservés de l'organe.

Rate. — Structure de l'organe complètement modifiée par le fait de la macération. Nombreuses cellules, avec prédominance de polynucléaires.

Rein. — Présente, dans la région des tubuli contorti, quelques spirochètes.

Dans cette observation, l'hérédo-syphilis était certaine. Le poids du placenta était supérieur à la normale pour un fœtus de 1.600 grammes, et la loi de Pinard était non seulement observée, mais outrepassée.

Par cet exemple, il semblerait que les organes deviennent un milieu de culture pour les spirochètes, car il faut voir dans cette observation un développement énorme de la spirillose.

Levaditi (1), Queyrat, Feuillé croient que la macération favorise la pullulation des tréponèmes pâles quand ils existent déjà auparavant dans les organes.

Quand la macération cependant est trop avancée, les spirilles finissent également par céder à l'action destructive générale des tissus et ils disparaissent petit à petit.

Obs. IV (n° 44). — *Cordon ombilical volumineux. Veine ombilicale épaissie. Endophlébite oblitérante partielle. Léger épaississement des artères.*

J., 26 ans, réglée à 14 ans. Secondipare. Premier accouchement à terme, enfant bien portant.

Cette femme contracte la syphilis, ne suit aucun traitement et accouche près du terme d'un garçon de 2.780 grammes, avec un placenta de 470 grammes.

Le lendemain, l'enfant présente du pemphigus plantaire et palmaire et une éruption circinée sur les jambes. Au bout de deux jours l'enfant meurt.

Placenta. — Lésions de spécificité, lésion artérielle et hypertrophie d'un grand nombre de villosités. Dans les parties fœtales, sur les coupes, nous avons trouvé la présence du *Treponema pallidum*.

(1) *Annales de syphiligraphie*, 1903, p. 482.



Cordon. — Très volumineux, induré. Veine ombilicale à tunique interne épaissie sur presque toute la longueur. Endophlébite avec oblitération partielle du vaisseau qui était le plus frappé des trois. Veine remplie en un point par un caillot sanguin qui a dû se compléter après la naissance mais était déterminé par l'endophlébite. La tunique moyenne est moins atteinte, peu de symptômes inflammatoires. Tunique externe envahie par des traînées de cellules rondes disposées en séries linéaires et formant des amas ressemblant à des nodules. Substance gélatineuse épaissie, lésions inflammatoires superficielles.

Artères renfermant peu de sang, légèrement épaissies.

Autopsie. — Ilots d'hépatisation dans le poumon. Le tissu pulmonaire présente, en certains points, une coloration blanchâtre et une certaine résistance à la coupe. Peut-être trouverons-nous là les signes d'une pneumonie blanche.

Les frottis faits avec le sang du cœur et colorés par le Giemsa ont laissé voir des spirochètes pâles.

Différ nts fragments de poumon, foie, rein, corps thyroïde, ont été traités par la méthode de Levaditi.

Poumons. — Altérations caractéristiques de la pneumonie blanche, alvéoles remplis de cellules épithéliales tassées et détruisant la structure alvéolaire. Capillaires gorgés de sang. Bronches desquamées et atteintes d'inflammation. Les spirochètes sont abondants en plein tissu hépatisé, accolés aux cellules, et parfois groupés autour des capillaires.

Foie. — Rien de bien net au point de vue anatomo-pathologique. Le système porte est gonflé de sang, qui renferme quelques rares spirochètes. Dans la préparation, on note la présence du *Treponema* entre les cellules des travées hépatiques, le long des fibres conjonctives et dans les capillaires des lobules.

Rien dans le voisinage des canaux biliaires.

Reins. — Lésions anatomo-pathologiques nulles.

Corps thyroïde. — Vésicules nettes, sans spirochètes.

En résumé, nous avons eu affaire à une hérédo-syphilis où les lésions pulmonaires étaient spécifiques et prouvées par le nombre abondant de spirochètes qui était en rapport avec les lésions microscopiques.

Obs. V (n° 47) (Clinique obstétricale, service du professeur Queirel). — *Légère endophlébite et périphlébite.*

M., 17 ans, journalière, primipare. Syphilis contractée à 16 ans et demi. En février 1905, au vagin, sur les grandes lèvres, on remarque des ulcérations d'une syphilis récente : plaques et roséole aux membres inférieurs.

Elle expulse un fœtus de 1.300 grammes, d'une longueur de 36 centimètres avec un placenta de 290 grammes, ovalaire, à aspect hachis de porc, avec un cordon grêle, à insertion centrale et mesurant 48 centimètres de long.

L'enfant, né violacé, fait quelques inspirations ; le cœur a battu un quart d'heure après la section du cordon.

L'état physique de cet enfant est très mauvais. Petit, il a le ventre très développé et l'on perçoit du liquide dans l'abdomen.

Autopsie. — Liquide péritonéal jaune citrin, abondant, un demi-litre recueilli.

Foie énorme, dur, violet, pesant 100 grammes.

Poumons. — Les lobes à chaque base sont très durs, atélectasiés, sclérosés, criant à la coupe. Plusieurs noyaux jaunes à l'extérieur, de la grosseur d'un pois à une petite noisette. Ces noyaux contiennent, à la périphérie, du tissu lardacé et au centre les plus gros renferment des débris caséiformes jaunes, purulents, plus ou moins épais. Rate violette, hypertrophiée légèrement. Rien dans les autres organes.

Une coupe du cordon montre les artères presque normales ; dans la veine, zone d'infiltration de petites cellules rondes à la périphérie, dans la moitié externe de la couche musculaire. Légère endophlébite et périphlébite. Dans le tissu muqueux, quelques noyaux semblant plus nombreux qu'habituellement.

OBS. VI (n° 49) (Clinique obstétricale, service du professeur QUEIREL). — *Cordon volumineux, dur. Périphlébite non généralisée. Très légère endartérite et périartérite.*

R., lingère, 38 ans, est une multipare de 8. Les 7 premières grossesses sont d'un même père, la dernière d'un père différent.

1875. — Garçon, accouchement spontané par le sommet, mort à 11 mois, de méningite.

1881. — Fille, laissée à l'A. P., morte à 18 mois.

1883. — Avortement à 5 mois.

1885. — Fille, accouchement spontané, morte à 11 mois de pneumonie.

1889. — Garçon, vivant actuellement.

1891. — Fille actuellement vivante.

1893. — Avortement à 5 mois.

1904. — Grossesse actuelle.

Cette femme entre à la clinique à son 9e mois, pour une hémorragie (placenta sur le segment inférieur 0/29). Début du travail normal, à la dilatation de 5 francs environ, rupture de la poche des eaux ; le liquide amniotique est teinté par du méconium. Dilatation manuelle, version par manœuvres internes.

Enfant vivant, 2.700 grammes ; longueur, 48 centimètres.

Placenta, 600 grammes, plus un cotylédon surnuméraire. Cordon très volumineux à insertion marginale et d'une longueur de 75 centimètres. L'enfant meurt le 7e jour, pesant 2 kgr. 650.

Examen du cordon. — Périphlébite légère, non généralisée, ne siégeant que sur certains points de la veine. Très légère endartérite et péri-artérite. Quelques cellules rondes dans le tissu muqueux.

OBS. VII (n° 61) (Service du professeur Queirel). — *Cordon frappé d'endartérite et de péri-artérite. Léger épaississement de la veine.*

T., 23 ans, cartonnière. Secondipare.



Un accouchement en 1904. Accouchement prématuré à 8 mois. Enfant mort 3 heures après sa naissance.

Deuxième grossesse en 1906. Avortement à 5 mois et demi. Pendant la grossesse cette femme a eu des vomissements bilieux abondants. En novembre 1905, abcès à la vulve (?) Maux de tête nocturnes, maux de gorge.

1er février 1906, apparition de taches rouges sur le corps. Entre à l'hôpital, au pavillon des maladies vénériennes.

Cette femme est atteinte de syphilis, mais on ne peut savoir à quand remonte l'accident primaire, dont elle ne s'est, paraît-il, jamais aperçue. Elle présente une éruption prédominant surtout au niveau des flancs (roséole).

Elle n'a jamais soigné sa vérole. Elle vivait maritalement avec un individu qui parlait difficilement ; depuis plusieurs mois, il avait la voie éteinte et rauque et l'on attribuait soi-disant cet état à des libations copieuses et répétées.

Présence de nombreuses plaques muqueuses siégeant sur les grandes et petites lèvres.

Fœtus de 725 grammes. Placenta de 250 grammes, très friable, discoïde, avec des caillots adhérents. Cordon à insertion centrale, d'une longueur de 33 centimètres. Il y avait une très grande abondance de liquide amniotique.

Examen du cordon. — La substance gélatineuse du cordon semble un peu plus riche en noyaux qu'à l'état normal.

Les parois des vaisseaux sont infiltrées par des noyaux arrondis et petits.

Endartérite et péri-artérite, léger épaississement de la veine avec point d'endophlébite.

CONGRÈS NATIONAL

DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (1)

5e SESSION — *Alger*, du 1er au 6 *avril* 1907.

(*Suite.*)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Colpo-hystérectomie abdominale totale

Imbert (Marseille). — Je viens vous entretenir d'une opération large, dont j'ai réglé la technique, et qui permet d'extirper le vagin dans son entier solidairement avec l'utérus. Elle est dirigée spécialement contre cette variété assez rare d'épithéliomas du col utérin dont l'extension, minime relativement du côté du tissu cellulaire péri-utérin, s'effectue surtout dans la direction du vagin.

Dans un premier temps, temps vaginal, je pratique une section circulaire des parois du vagin immédiatement au-dessus de la vulve; puis je pratique le décollement de ces parois qui, très facile en avant et arrière, présente, comme l'existence des vaisseaux et de leur gaine fixatrice peut vous le faire présumer, une plus grande difficulté.

Je suture, fermant d'abord le vagin, puis la vulve, et je passe au second temps, abdominal.

C'est à ce moment que je pratique systématiquement la ligature des hypogastriques et seulement après l'hystérectomie, puis je draine par la paroi abdominale.

Cette opération est longue et, sur 5 cas, elle m'a donné 2 morts et 3 guérisons; mais j'estime que sa pratique suivie peut permettre d'escompter de meilleurs résultats.

Verchère (Paris). — Puisque M. Imbert lie l'hypogastrique systématiquement pendant l'opération, pourquoi ne pas tout enlever d'un bloc, utérus et vagin, en un seul temps abdominal, et pourquoi compliquer cette opération déjà longue d'une série de sutures sur le vagin et la vulve.

Imbert. — Je répondrai à M. Verchère que je crois impossible l'ablation totale du tube utéro-vaginal par la voie abdominale : on laisse toujours un peu de vagin en dessous de sa ligne d'incision, et c'est justement là que siège le mal dans cette variété spéciale à laquelle s'applique notre traitement.

---

(1) Voir les *Annales*, pp. 314 et 371.

Hartmann (de Paris). — Je crois que l'avantage de cette décomposition en deux temps n'est pas d'extirper un peu plus de vagin ; jamais je n'ai vu récidiver le cancer au niveau de la plaie vaginale après l'hystérectomie abdominale totale.

Mais l'avantage que présente cette incision circulaire du vagin peut résider, et ici je parle comme parlerait mon ami Faure qui a de ces opérations une expérience remarquable, dans ce fait qu'ellepermet une ascension considérable du tube utéro-vaginal, ascension telle qu'elle l'amène souvent au niveau de la plaie abdominale et permet ainsi une facilité d'exécution considérable.

Grossesse extra-utérine.

Sabadini (d'Alger) en a observé une trentaine; dans quelques-unes le diagnostic fut hésitant. Ses conclusions sont les suivantes :

Toutes les fois qu'une femme, après un retard ou une interruption des règles pendant plusieurs semaines, sera prise brusquement d'une douleur violente dans la région pelvienne, accompagnée de ballonnement et de sensibilité spéciale du ventre, d'hémorragie par le col et de phénomènes généraux, tels que pâleur des tissus, petitesse et fréquence du pouls, refroidissement, lipothymie, il faut, en dehors même de toute constatation de tumeur des annexes ou dans le cul-de sac de Douglas, intervenir. Il en sera de même quand, avec une douleur localisée aux annexes, une sensibilité exquise du cul-de-sac correspondant et des crises douloureuses suivies de nausées, de vomissements,de sueurs froides, alternant avec des périodes d'accalmie, on constatera une tumeur annexielle.

Quand on suppose une grossesse ectopique, il faut souvent examiner et surveiller la malade. En cas de doute, ne pas s'abstenir : une opération pratiquée dans ces conditions est moins dangereuse qu'une expectation armée.

Calderini approuve ces conclusions : il attribue une grande valeur à la suppression des règles pour le diagnostic.

Queirel est d'avis d'intervenir, même quand le diagnostic n'est pas net.

L'expectation n'est permise que si la grossesse est assez avancée pour permettre une intervention avec l'enfant vivant.

R. Pichevin (de Paris). — La fréquence de la grossesse extra-utérine est plus grande qu'on ne le croit généralement.

Une femme bien portante est prise subitement, sans cause appréciable, parfois à l'occasion d'un effort, de phénomènes qui, dans leur ensemble, sont caractéristiques. Douleurs ordinairement vives dans le bas-ventre, tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche, ou dans la région hypogastrique, parfois plus haut. Ces douleurs peuvent être atroces. Elles augmentent d'ordinaire pendant quelques heures. Elles sont continues, avec des exacerbations. Les souffrances peuvent s'irradier du côté des membres inférieurs. Elles peuvent s'accompagner de vomissements. Mais ce qui domine, c'est l'état de faiblesse de la malade; la pâleur de sa face, la tendance à la lipothymie et, plus ou

moins rapidement, un état syncopal parfois très inquiétant, au bout de peu d'heures. Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une femme qui brutalement et brusquement a été prise de douleurs dans le bas-ventre, il faut penser à la rupture de la grossesse tubaire, surtout quand le visage de la patiente est pâle et quand elle a une tendance à la syncope.

Le pouls est bientôt petit, très fréquent et la température de la malade est abaissée. J'insiste sur la nécessité de mettre rapidement le thermomètre sous le bras ou dans le rectum. La constatation d'une chute thermique de un degré et davantage est d'un grand secours pour le diagnostic, dans certains cas difficiles.

Les phénomènes sont si éclatants dans la forme cataclysmique de la rupture tubaire, qu'on peut établir, à première vue, pour ainsi dire, le diagnostic.

Il est, bien entendu, indispensable de recourir à l'interrogatoire et à l'examen direct. Il faut chercher, avec le plus grand soin, les signes de la grossesse.

Ce serait une erreur de croire que la grossesse tubaire se manifeste avec la symptomatologie classique de la grossesse ordinaire.

Les signes sont atténués, incomplets, peu marqués.

Il y a, dans la très grande majorité des cas, des troubles de la menstruation. On relève une suppression de règles ou, plus fréquemment, un retard de huit, de quinze jours, d'un mois et parfois même davantage. La connaissance de cette suppression menstruelle, de ce retard dans les règles est d'une grande importance, surtout chez les femmes qui sont généralement très bien réglées. Mais est-ce à dire que toutes les femmes, sans exception, atteintes de grossesse tubaire, ont une suppression menstruelle, comme l'avance le professeur Pinard?

J'ai opéré plusieurs malades de cette catégorie qui avaient eu leurs règles à l'époque ordinaire. Ces règles avaient présenté leurs caractères habituels, tant au point de vue de l'abondance que de la quantité des menstrues. Je veux bien que, même dans ces cas, ces règles soient considérées comme des hémorragies et non comme une menstruation normale, mais je ne vois pas bien comment on peut établir pratiquement une différence entre l'état pathologique et l'état normal.

Donc le retard des règles est très important à relever.

L'écoulement sanguin qui apparaît à un moment donné, d'ordinaire après l'explosion des phénomènes douloureux, l'écoulement sanguin n'est, en règle générale, pas très abondant. L'hémorragie peut être profuse, mais elle est généralement modérée et prolongée; elle s'arrête parfois pendant quelques jours pour reprendre ensuite. Il ne faut pas oublier que fréquemment il y a expulsion prolongée de petits caillots.

Mais, pour en revenir aux signes de la grossesse, je dis qu'il est rare que la malade ait eu des vomissements, de l'anorexie, les troubles variés que l'on rencontre du côté de l'appareil digestif dans les cas de grossesse normale.



Du côté des seins, parfois, on ne trouve aucun indice. Mais ce n'est pas exceptionnel de trouver le sein augmenté de volume, l'aréole marquée et plus exceptionnellement des tubercules de Montgomery.

Pour bien apprécier certaines particularités que l'on peut trouver du côté des mamelles, il faut palper le sein à plat, l'explorer avec soin, de façon à chercher les granulations en appuyant la pulpe des doigts sur la cage thoracique. La constatation des lobules glandulaires augmentés de volume a été, dans un cas en particulier, un des seuls signes de grossesse qui m'ont permis de porter un diagnostic ferme de grossesse extra-utérine.

D'ordinaire, il n'y a pas grand renseignement à tirer de l'inspection de la ligne blanche. Néanmoins l'apparition d'une ligne brune n'est pas sans intérêt, comme bien on le pense.

Par le palper abdominal combiné au toucher vaginal, on peut obtenir d'utiles indications.

Le col est parfois un peu mou et donne la sensation spéciale sur laquelle les accoucheurs ont appelé l'attention. Les modifications classiques que la grossesse imprime au col sont extrêmement importantes pour le diagnostic. Elles ne sont pas trop marquées. Elles demandent, pour être constatées, une certaine délicatesse de toucher, mais parfois elles sont très nettes.

Dans quelques cas, l'odeur des sécrétions vaginales a quelque chose de caractéristique. Il s'agit d'une odeur un peu spéciale, qui rappelle l'odeur des lochies. J'insiste sur la recherche de ce signe, qui peut aider à établir le diagnostic.

Le corps de l'utérus est augmenté de volume; parfois cette augmentation de volume est très nette.

S'agit-il d'une rupture récente, à grand orchestre, on peut par le toucher vaginal relever dans le cul-de-sac postérieur la présence d'une certaine quantité de liquide sanguin. Le sang peut envahir toute la cavité pelvienne et même remonter du côté du ventre. Assez rapidement, la collection sanguine, facilement appréciable, repousse fortement l'utérus en haut et en avant.

Il est assez fréquent que la collection rétro-utérine s'accompagne d'une masse plus marquée d'un côté de l'utérus que de l'autre. C'est la trompe augmentée de volume qui fait plus ou moins corps avec la masse sanguine répandue dans le péritoine.

Il ne faut pas oublier que si parfois les phénomènes d'hémorragie interne sont si graves que la malade peut mourir en quelques heures, il n'en est pas moins vrai de dire que la rupture tubaire produit assez souvent plusieurs crises et que les accidents s'aggravent progressivement par la répétition des accidents. D'autre part, une première crise peut être surmontée par la patiente. Mais il ne faut pas compter sur la guérison. A l'improviste une nouvelle hémorragie intra-péritonéale peut survenir et entraîner la mort.

Je voudrais vous entretenir, plus particulièrement, d'un accident de la grossesse tubaire, de l'avortement tubaire assez mal connu d'un certain nombre de gynécologistes.

L'avortement tubaire est assez souvent confondu avec l'avortement utérin ou, ce qui est d'une importance moindre, avec la rupture tubaire, dont elle emprunte parfois la symptômatologie.

L'avortement tubaire, qui, dans sa symptomatologie, est certainement moins connu que la rupture, se manifeste par un ensemble de phénomènes d'ordinaire moins bien caractérisés que ceux qui indiquent la rupture de la trompe.

Dans certains cas — plus rares — l'avortement tubaire donne naissance à des symptômes, aussi nets, aussi violents, à forme aussi cataclysmique que ceux qui accompagnent la rupture de la trompe. La douleur est vive et les symptômes d'hémorragie interne très accentués. Comme le regretté Bouilly le faisait remarquer, il semble que le péritoine sain, envahi brusquement par une quantité de sang peu abondante, ait parfois une réaction très intense et se comporte — tant au point de vue des douleurs que de celui de l'état général — comme s'il était question d'une énorme perte de sang. Ces faits ne sont pas très fréquents. En réalité, dans l'avortement tubo-abdominal, les signes de la grossesse, en général, sont d'ordinaire plus frustes encore que ceux qui accompagnent la rupture tubaire. Toutes les modifications du côté des seins, de l'utérus sont moins marquées. La raison est simple. L'avortement tubaire apparaît dans une période plus précoce de la grossesse que la rupture tubaire. Les villosités sont moins pénétrantes, les liens d'union entre les tissus maternels et fœtaux sont moins intimes au début de la grossesse extra-utérine qu'à une période avancée; les vaisseaux ne sont pas encore très développés. Il s'ensuit que le décollement se fait plus facilement et donne naissance à des hémorragies d'ordinaire moins abondantes.

La symptomatologie se trouve donc parfois être réduite à peu de chose dans l'avortement tubaire.

Un cas récent me permet de vous faire le tableau de l'avortement tubaire. L'histoire de la malade en question est d'autant plus intéressante que c'est un cas d'avortement *tubo-utérin* proprement dit.

Il s'agissait d'une femme qui avait un léger retard dans l'apparition de ses règles et qui les eut, pour ainsi dire, sans douleur, car elle n'éprouva au début que de très légères et très courtes souffrances dans le bas-ventre. L'hémorragie qui débuta 8 jours après la date normale des règles fut peu abondante, mais continue. A l'examen de la malade on trouvait le col peut-être un peu ramolli, l'utérus en rétrodéviation. Les annexes d'un côté étaient saines. Du côté opposé on constatait l'existence d'une masse allongée, flexueuse, présentant des bosselures et donnant la sensation d'une masse molle et tendue. Les seins n'étaient pas augmentés de volume. Mais, en palpant le sein à plat, on constatait l'existence de granulations très nettes, nombreuses et augmentées de volume. Il n'y avait eu aucun autre signe de grossesse que le retard de 8 jours.

Dans ce cas, ce qui domine toute la scène pathologique, c'est l'hémorragie utérine prolongée, qui succède à un court retard. Ce qui, en outre, a permis de

faire le diagnostic, c'est la mollesse du col fort peu appréciable, ce sont des granulations du sein, c'est enfin la présence de cette trompe flexueuse, très tendue, donnant une sensation spéciale sur laquelle j'ai appelé votre attention.

L'opération est indiquée toutes les fois que le diagnostic de grossesse extra-utérine a été posé. Alors même qu'il s'agit d'un avortement tubaire léger, et même d'un avortement tubo-utérin ne faisant pas prévoir l'apparition de graves accidents immédiats, il est bon d'intervenir.

Le moment opportun pour opérer mérite d'être discuté. Certains gynécologistes sont d'avis qu'il faut temporiser et opérer ces malades quand elles ne sont plus sous le coup de l'hémorragie interne. D'autres, plus nombreux, professent que la laparotomie est urgente et qu'il faut toujours opérer immédiatement.

Toutes les fois que la malade récemment frappée arrive avec des symptômes marqués d'hémorragie interne aiguë, toutes les fois qu'il y a une pâleur marquée de la face, de la faiblesse excessive, toutes les fois que le pouls est petit, fréquent et misérable et que la température est basse, il faut opérer et opérer sans retard, car la vie de la malade est en danger.

Mais quand la malade, soumise à mon examen, a triomphé d'une crise aiguë et que son pouls est bon, sa température à peine abaissée de 2 à 3 dixièmes, je m'abstiens d'une opération immédiate, à la condition essentielle que la patiente soit dans une situation telle que l'intervention puisse être faite sans aucun retard. C'est ce qu'il est possible de réaliser quand la malade est dans un hôpital bien organisé. Mais si la malade ne peut être secourue qu'après une perte de temps un peu longue, j'opère sans hésitation et sans attendre davantage, mais en observant quelques préceptes qui sont indiqués plus loin.

Quant à la voie qu'il faut suivre, c'est évidemment par la voie haute qu'il faut attaquer les lésions.

L'hémorragie est diffuse, abondante, il faut faire une hémostase rapide et définitive. C'est donc par laparotomie qu'il faut agir. Faire la colpotomie dans les cas aigus d'une hémorragie interne, c'est courir le risque de donner naissance à de nouvelles pertes de sang. On est alors réduit à faire une laparotomie secondaire après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur.

L'incision du Douglas n'est indiquée que dans le cas d'hématocèle parfaitement limitée et ancienne.

Dans les cas où la crise première a été surmontée, j'attends trois, quatre ou cinq jours pour permettre à la malade de reprendre un peu de force et de se trouver dans un meilleur état de résistance.

J'opère alors dans des conditions autres et avec une technique un peu différente. Dans ce cas, je n'interviens pas avec le maximum de vitesse, je fais une parfaite péritonisation ; après ablation soignée du sang et des caillots, je détache les organes plus ou moins fixés.

Mais l'opération est urgente. Comment intervenir?

En réduisant au minimum le shock opératoire.

Il faut finir vite et donner très peu d'anesthésique.

Dans les deux cas auxquels j'ai fait allusion, les symptômes étaient extrêmement alarmants, d'autant plus que les malades étaient très faibles et qu'avant la production de l'hémorragie interne l'une d'elles surtout était d'un tempérament faible.

Dans les deux cas l'opération complète n'a pas dépassé vingt minutes, alors qu'il y avait beaucoup de sang dans le péritoine, des caillots nombreux et adhérents ; dans un cas, un sac adhérent avec fœtus de trois mois, et que le sang s'écoulait encore dans le péritoine.

Je fais brosser, laver et antiseptiser la paroi abdominale : les compresses sont mises sur le ventre ; quand tout est prêt, j'ai en main le bistouri, je fais administrer un peu de chlorure d'éthyle qui étourdit vite la patiente ; on continue l'anesthésie soit avec du chloroforme, soit avec de l'éther et je fais cesser l'administration du liquide anesthésique dès que commence la suture de la paroi abdominale. Bien entendu, des injections de sérum artificiel sont faites sans aucun retard, et la malade est en outre relevée par les moyens usuels.

Il faut ajouter que ces opérations faites dans un moment critique, alors que la vie de la malade est en danger immédiat, ces opérations sont bénignes. Pour ma part, je n'ai pas conservé le souvenir d'avoir perdu une seule de ces malades depuis plusieurs années.

Il est un point qu'il faut aborder, car il est d'une certaine importance au point de vue pratique.

On a remarqué que la grossesse extra-utérine récidivait dans un certain nombre de cas, c'est-à-dire qu'une deuxième grossesse tubaire se montrait du côté des annexes laissées en place quand on avait enlevé la trompe, siège de la rupture.

Quel que soit le chiffre qui représente le pourcentage de ces récidives de grossesse tubaire, chiffre que je n'ai pas présent à la mémoire, et qui, d'après certaines statistiques étrangères, serait relativement assez élevé, quel que soit ce chiffre je pense qu'il n'est pas suffisamment gros pour nous imposer la nécessité d'enlever des annexes saines. Pour ma part, je n'ai jamais eu l'occasion d'opérer pour une rupture ou un avortement tubaire une femme qui avait déjà subi une première intervention pour un accident imputable à la grossesse extra-utérine.

Le fait de la récidive est donc bien réel, mais pas assez fréquent pour légitimer une ablation bilatérale des annexes.

Je pousse même le souci de conserver les annexes du côté opposé à la lésion produite par la trompe rupturée jusqu'à faire des efforts méritants pour laisser en place les annexes qui me semblent saines. Et j'ai eu à me féliciter plusieurs fois d'avoir laissé en place les annexes d'un côté dans ces cas de rupture ou d'avortement tubaire. Tout récemment encore, j'ai conservé des annexes qui me semblaient un peu malades et qui dans tous les cas étaient adhérentes. La dame dont il s'agissait désirait beaucoup avoir un enfant. Un an après l'extirpation unilatérale de la trompe rupturée, j'eus le plaisir d'apprendre que

cette dame était enceinte. Un superbe enfant est venu au monde, à la grande joie de la mère et du père.

Dans un autre cas, remarquable à plusieurs point de vue, je me suis comporté de la même façon, alors que l'opération la plus facile, celle qui était la plus tentante, consistait dans l'ablation sus vaginale de l'utérus avec les annexes saines et l'énorme kyste tubaire constitué par un enfant arrivé à peu près à terme et mort vers le neuvième mois.

Le diagnostic était facile à poser. La jeune femme avait eu tous les signes classiques de la grossesse. On avait cru à une grossesse normale. L'enfant avait cessé de remuer. Il était mort. Deux médecins instruits avaient porté le diagnostic de grossesse tubaire. Quand je vis la femme, six mois après la mort du fœtus, elle ne souffrait plus. Elle présentait une tumeur du volume d'une tête fœtale, formée d'une partie supérieure fluctuante et d'une partie inférieure dure, osseuse.

L'utérus était de volume normal, refoulé du côté opposé à la masse fœtale gauche.

Les annexes droites étaient normales.

Je pratiquai la laparotomie. Je trouvai la masse fœtale du volume d'une tête d'adulte, arrondie, accolée à l'utérus qui était de volume normal. Les annexes droites étaient saines. La masse contenant le fœtus était absolument accolée et adhérente à l'utérus, non seulement sur les parties latérales mais un peu en avant et sur la face postérieure de la matrice. La tumeur du côté externe était en rapport direct avec la paroi externe. Je pénétrai dans le ligament large et il me fut assez facile d'enlever la trompe qui contenait le fœtus.

La tentation était grande d'enlever trompe et ovaire sains, de pratiquer l'hystérectomie sus-vaginale et d'extirper la masse fœtale gauche. L'opération eût été beaucoup plus simple que celle que je me décidai systématiquement à exécuter, dans le but de conserver l'utérus et les annexes du côté droit. Je fis une grande incision transversale au-devant de l'utérus pour décoller la vessie. Cette incision fut prolongée sur la face antérieure de la tumeur. J'obtins ainsi un large feuillet péritonéal, qui devait me servir un peu plus tard.

L'utérus était très adhérent à la tumeur sur le côté gauche, en avant et en arrière. Je sectionnai aux ciseaux au ras du bord de l'utérus, en faisant progressivement l'hémostase. Il n'y eut aucune perte de sang, et c'est en dehors, au niveau de l'uretère, que l'artère utéro-ovarienne donna un jet de sang qui fut immédiatement arrêté.

Avec le grand lambeau vésico-péritonéal je pus recouvrir une partie de la face antérieure de l'utérus qui était dénudée, toute la partie latérale de la matrice et la partie gauche de la face postérieure. Ce grand lambeau, jeté en écharpe sur l'utérus, me permit de supprimer totalement la surface cruentée de la matrice. Je continuai la péritonisation du côté gauche en empruntant au ligament large et aux franges épiploïques les éléments nécessaires à cette opération. L'intervention entière ne dura pas une heure. Un drain fut par

précaution laissé en place. Les suites opératoires furent excellentes et normales, comme s'il s'agissait d'un fibrome.

Si je rapporte cette observation, c'est pour montrer combien j'attache de prix à la conservation des annexes d'un côté, dans les cas de grossesse extra-utérine. Je crois que les membres du Congrès partageront ma manière de voir et qu'ils n'enlèveront pas de parti pris la trompe et l'ovaire sains du côté opposé aux annexes qui sont le siège d'une grossesse extra-utérine.

J'ajoute un mot : la colpotomie ne peut être appliquée dans les cas d'hémorragie grave et récente. Elle peut rendre des services dans les cas d'hématocèle ancienne, quand la poche est bien limitée et petite.

Calderini (de Bologne). — Je crois qu'il ne faut pas toujours s'empresser d'opérer toutes les grossesses extra-utérines. Une certaine temporisation n'est pas contre-indiquée, quand les accidents ne menacent pas immédiatement la vie de la malade. M. Pichevin semble être un peu de cet avis, il me semble. Dans tous les cas, son intéressante observation de grossesse extra utérine arrivée à terme et enlevée d'un seul bloc prouve que l'on peut attendre et ne pas opérer dès que le diagnostic de grossesse tubaire est posé.

Paul Bégouin (de Bordeaux). — Les grossesses extra-utérines récidivées ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le dit. J'en ai vu deux exemples ; je pense qu'il ne faut pas enlever systématiquement la trompe et l'ovaire du côté opposé à la trompe gravide, mais il est bon de prévenir l'opérée que, si elle voit survenir les signes d'une nouvelle grossesse, elle doit s'empresser de consulter un homme compétent, afin qu'au besoin on puisse remédier à la récidive d'une grossesse tubaire.

Queirel (de Marseille). — Je demanderai à M. Pichevin où se trouvaient le fœtus et le placenta.

Pichevin. — J'ai dit qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine arrivée à terme et que l'enfant était mort vers le neuvième mois. J'ai enlevé d'un bloc, sans l'ouvrir, la trompe qui contenait le fœtus avec ses membranes.

Je répondrai au professeur Calderini que je suis d'avis d'opérer toujours la grossesse extra-utérine. Le choix du moment peut différer : immédiatement si l'accident, met en péril la vie de la femme ; de deux à huit jours après l'accident quand la crise est subaiguë et surmontée et que la malade n'est plus en danger et qu'au besoin on peut sans retard l'opérer.

Boursier. — La grossesse extra-utérine est une tumeur maligne ; il faut l'extraire toujours dans la première moitié de la grossesse ; dans la seconde moitié, il faut surveiller la malade et être en état d'expectation armée, pour pouvoir enlever un fœtus vivant. En cas d'accidents, de rupture, nets ou même douteux, mais récents, il faut intervenir de suite et rapidement. Si l'on n'est pas appelé immédiatement, si l'hémorragie est arrêtée, l'intervention est moins précisée et l'expectation peut être admise.

L'avortement tubo-abdominal ressemble à l'hémorragie cataclysmique et son traitement est le même. S'il est incomplet avec hémorragies graves et successives ou avec une hémorragie faible mais continue, qui mettent la vie de la

femme en danger, il faut agir vite et faire l'ablation de la trompe qui saigne.

La récidive, possible, est rare; on extrait la trompe rupturée, mais les annexes de l'autre côté ne sont enlevées que si elles sont malades; il faut conserver à la femme sa fonction génitale.

Un service de gynécologie indigène à l'hôpital Sadiki (Tunis).

Brunswic Le Bihan (de Tunis) fait une communication sur les résultats de la gynécologie pratique sur les femmes indigènes à l'hôpital de Sadiki.

Donner des soins, hospitaliser, opérer des femmes indigènes, autant de tâches d'une difficulté croissante.

Il sera toujours facile d'établir des dispensaires où l'on distribuera gratuitement des remèdes; les femmes s'y presseront, acceptant, sollicitant des fioles de médicaments dont on aura l'occasion de se servir en vidant ou non le flacon. Autre chose est de faire consentir une femme musulmane à un examen gynécologique, et surtout à une opération chirurgicale.

Il faut beaucoup de patience et de diplomatie, il faut un personnel exercé et dévoué ; la mentalité si différente des patientes et de leurs maris tend à les éloigner du médecin européen; le plus souvent le vœu exprimé par la femme arabe est d'être féconde, c'est ce que la science du chirurgien ne peut pas toujours réaliser.

Le difficile est de créer le premier courant, ce sont d'abord des femmes abandonnées par leur mari pour une infirmité ou une affection douloureuse. Si l'on est assez heureux pour obtenir des succès chirurgicaux, la renommée d'un établissement s'établit vite. Mais il n'y a jamais la même proportion, dans un hôpital indigène, entre les malades hommes et femmes. C'est ainsi qu'à l'hôpital Sadiki on a opéré 420 femmes, ce chiffre ne représente pas le dixième des cas masculins.

Il ne paraît pas du tout nécessaire qu'une doctoresse donne ses soins aux femmes musulmanes, il leur semble indifférent d'être examinées par des médecins masculins ou féminins, si ces médecins sont des « roumis ». La pudeur spéciale, farouche, de la femme indigène reste entière vis-à-vis d'un homme de sa religion; elle se laisse examiner complètement par un médecin européen, mais elle ne montre pas son visage à l'interprète musulman. Aussi, pour les médecins qui ne parlent pas l'arabe et qui sont destinés à exercer au milieu des populations indigènes, faudrait-il créer un nouveau rouage indispensable : des infirmières musulmanes parlant notre langue.

Au point de vue technique, le docteur Brunswic Le Bihan a remarqué la rareté relative du cancer de l'utérus, la fréquence des kystes, des fibromes et des affections des trompes et ovaires, et il cite plusieurs cas particulièrement intéressants de ces diverses lésions.

Hæmangioma hepaticum chez une femme enceinte.

G. Calderini (de Bologne). — Une femme âgée de 28 ans avait eu trois

avortements et deux accouchements à terme; le premier accouchement fut terminé par le forceps à cause d'un léger rétrécissement du bassin; le second fut naturel et arriva le 6 novembre 1905 à la clinique. Dernières règles le 20-26 mars 1906, fut accueillie à la clinique le 26 avril. On supposa la grossesse.

La femme s'aperçut que le ventre augmentait depuis le dernier accouchement; à droite il y avait une matité qui touchait celle du foie et arrivait jusqu'à la fosse iliaque; pas de souffles, pas de frémissements. Le diagnostic n'étant pas facile, le 10 octobre fut pratiquée une incision exploratrice, laquelle démontra qu'il s'agissait d'un angiome du lobe droit du foie. L'incision fut fermée et guérit par première intention; 10 jours après, la femme avorta. A présent, elle est encore enceinte depuis le 1er janvier et au commencement du mois de mars de 1907 fut accueillie dans la clinique avec des menaces d'avortement, qui par le repos se sont évanouies.

Le ventre est toujours dans les mêmes conditions; de temps en temps la femme a de la diarrhée.

L'hæmangiome, assez fréquent à la peau, ne l'est pas autant à l'intérieur; on l'a vu dans le foie, on l'a observé dans les iléons, dans la rate, dans l'utérus, dans les intestins, dans la vessie, dans les muscles, dans les os, dans le cerveau, etc.

Dans le foie la maladie n'est pas du reste très fréquente et n'intéresse que médiocrement les médecins et les chirurgiens. L'anomalie forme des nodosités rouge foncé, qui généralement ne font pas saillie sur la surface du foie, ne repoussent pas le tissu normal, mais qui ont tendance à se substituer à lui; ce n'est pas une lésion congénitale; elle se manifeste à un âge avancé par la dilatation variqueuse de vaisseaux sanguins capillaires dans l'intérieur des lobules, tandis que contemporairement se détruisent les cellules hépatiques. Elle ne donne pas lieu à un épaississement des parois des capillaires; par destruction des parois des vaisseaux qui se touchent s'établissent des espaces caverneux pleins de sang. Quand le tissu caverneux arrive aux bords du lobule, le tissu conjonctif périportal fait au noyau, qui auparavant n'avait pas des limites nettes, une capsule limitante.

La maladie est plus fréquente dans les animaux domestiques. Th. Kilt s'en occupe dans son *Traité d'anatomie pathologique des animaux domestiques* (Stuttgart, 1905, p. 614, et dans le *Monatschrift f. prack. Thierheilkunde*, Bd. VI, p. 157).

L. Trasbot (*Arch. vétér. de l'École d'Alfort*, 1876, n° 7) décrit un cas d'angiomes caverneux développés dans le foie d'un cheval dont un se rompit, causant une hémorragie mortelle. L'animal avait souffert de fréquentes coliques; pendant une de celles-ci il succomba. L'autopsie fit constater l'hémorragie péritonéale par une rupture d'un angiome du foie qui en contenait plusieurs. Il dit que ce cas était le premier cas de rupture d'hépatangiome observé chez le cheval, possibilité que Schuk admet et que Virchow niait.

M. V. Ball (*Journ. de méd. vétér. et de zootomie*, t. LV, mars 1904, p. 141) décrit un cas d'angiome caverneux du foie chez un chat âgé de 9 ans qui

succomba en peu de temps. On trouva du sang dans la cavité péritonéale, une déchirure dans le foie qui montrait plusieurs nodosités, des tumeurs caverneuses avec des bourses spongieuses remplies de sang, revêtues par un endothélium et séparées par du tissu conjonctif.

M. Martin s'occupe de cette question dans le *Jahresbericht des K. Central-Thierarznei Schule in München*, Leipsig, 1884, p. 104, et décrit deux cas de tumeurs caverneuses.

Très intéressante est la communication qui a été faite par M. P. Jopé, assistant aux abattoirs publics de la ville de Modena (*la Clinica veterinaria*, Milano, giugno 1906, p. 24). Sur 4.842 foies d'animaux boviés (2.851 veaux de différents sexes, 1.004 vaches de différents âges, 985 bœufs d'âges différents), il n'a trouvé aucune trace de télangiectasie dans 2.851 veaux; dans le foie de vaches il n'en a pas trouvé dans 293 et en a noté la présence dans 711 et sur ce nombre, dans 501, petites et peu nombreuses, situées sur la surface antérieure; dans 198 aussi sur la face antérieure et sur la postérieure; dans 12, des angiomes si diffus nombreux, qu'il s'ensuivit l'absorption de l'organe.

Dans les bœufs, sur 563, il ne trouva pas trace de l'altération et; dans 794, des télangiectasies très peu nombreuses.

A l'appui de ces observations, assez nombreuses, l'auteur conclut que la maladie n'est pas congénitale; que ce n'est pas privilège du sexe féminin, et que aussi dans le mâle se présente la maladie, que l'auteur considère indépendante des parasites qui en grand nombre sont hôtes du foie.

J'ai voulu rapporter avec quelques détails les observations qui ont été faites sur les animaux domestiques, parce que l'argument, je ne l'ai pas trouvé suffisamment traité dans les publications relatives aux maladies du foie dans l'espèce humaine.

La raison en est, à mon avis, le peu de phénomènes que la maladie occasionne, la rareté relative et la considération qu'il s'agit plus que d'une vraie maladie, d'une curiosité pathologique.

Le cas que j'ai eu occasion d'étudier, au contraire, me porte à appeler l'attention des gynécologistes sur le double diagnostic, sur la fréquence plus grande constatée sur les animaux dans le sexe féminin et dans l'âge avancé, et quant au pronostic sur la possibilité d'une hémorragie mortelle.

Le cas étudié par moi, dans lequel le diagnostic a été fait *de visu* sur la femme vivante, permet, en appliquant ce qu'on a constaté sur les veaux toujours indemnes de la maladie, de croire qu'elle s'est manifestée à l'âge mûr, que les grossesses ont eu quelque influence sur la production et que, d'autre part, elles ont été influencées à leur tour par la maladie en l'interrompant, et enfin que comme tout organe souffre une augmentation pendant la menstruation et pendant la grossesse.

Le dérangement de la circulation fœtale peut aussi expliquer la facilité avec laquelle la malade souffre de diarrhée.

Il reste encore à constater quelle part, contrairement à l'idée de Jopée, peuvent avoir les parasites du foie sur la production de la maladie.

Rétrodéviations utérines adhérentes avec reliquats annexiels.

René de Langenhagen (de Luxeuil). — Tout en laissant aux méthodes chirurgicales (hystéropexie, hystérectomie avec ou sans périnéorraphie) toute leur valeur thérapeutique, j'estime qu'assez souvent on peut se passer des méthodes sanglantes et cependant obtenir d'excellents résultats.

Parmi les causes de la rétrodéviation utérine, un facteur étiologique les domine toutes : c'est le relâchement musculaire et ligamenteux, c'est la modification anatomique des fibres de suspension qui doit être invoquée dans les rétrodéviations succédant aux phlegmasies ; il y a aussi des utérus qui restent lourds et tendent à se renverser en arrière dans le Douglas, à la suite d'une grossesse, quand l'évolution ne s'effectue pas de façon normale. Enfin il existe des causes extrinsèques, par exemple ces adhérences pathologiques qui fixent l'utérus en position vicieuse, au cours des pelvipéritonites. De même, dans certains cas, il faut invoquer l'effondrement pelvien, qui constitue en quelque sorte l'amorce de la rétrodéviation.

On professe, à mon avis, trop de dédain pour le pessaire et la columnisation : le pessaire est un soutien temporaire pouvant donner d'excellents résultats dans les cas de rétrodéviation liés à la congestion utérine et la métrite.

La columnisation doit être pratiquée, à la seule condition qu'il n'y ait pas de foyer purulent péri-annexiel. Condamin de Lyon ne voit pourtant pas dans ce cas de contre-indication absolue : des salpingites bruyantes peuvent guérir sans laisser de traces, d'autres plus légères tendent à se transformer en pyosalpinx, de ce fait que, l'utérus étant déplacé, la trompe subit une coudure qui s'oppose à l'évacuation de son contenu. Il est donc de tout intérêt que l'utérus conserve sa position normale, pour que l'évacuation salpingienne s'effectue de façon normale. Si l'on prescrit simplement le repos au lit, la matrice, entraînée par la pesanteur, se placera en rétroversion ; par contre, si l'on pratique une columnisation douce, prudente, modérée, avec des tampons glycérinés remplacés tous les trois jours, on préviendra la chute de l'utérus et de ses annexes dans le Douglas. L'action décongestionnante de la glycérine viendra à titre adjuvant, et ce traitement, permettant la distension des ligaments rétractés, des brides adhérentes, sera complété par le port ultérieur d'un pessaire, alors parfaitement toléré.

Enfin, si l'on veut bien admettre que la plupart de ces phénomènes morbides ont à leur base l'inflammation des tissus, on s'expliquera l'efficacité de l'eau chaude. Que celle-ci agisse par l'intermédiaire de bain ou de la simple irrigation vaginale, entre 48 et 52°, elle amène la résolution des produits inflammatoires et exerce sur le système nerveux une action antispasmodique des plus remarquable. Mais je crois que tout doit céder devant l'efficacité extraordinaire des lavements chauds, agissant, séparés seulement de l'utérus et des annexes par l'épaisseur virtuelle, dans la paroi du Douglas dans lequel ils sont prolabés.

Enfin le massage gynécologique peut prêter son appui aux pratiques qui

précèdent, recréer les fibres élastiques et musculaires, favoriser les résorptions et aider à rééduquer les centres nerveux d'une foule de déséquilibrées du bas-ventre en proie à la neurasthénie génitale.

Expulsion de l'œuf en bloc dans les cinq derniers mois de la grossesse.

Jean Livon (Marseille). — Fréquente dans les premiers mois de la grossesse, l'expulsion de l'œuf en bloc peut s'observer même au moment du terme, alors même que l'enfant est vivant, comme le prouvent des faits publiés par Fourmau dans sa thèse. Aussi comprend-on qu'elle puisse se produire encore plus souvent avant terme. Fourmeau en a rassemblé 18 cas dans les 7e, 8e et 9e mois.

Je viens, à mon tour, en apporter 5 observations : 1 à 5 mois et demi, 2 à 6 mois, 1 à 6 mois et demi, 1 à 7 mois et demi, 1 à 8 mois et demi.

Une de nos femmes était Ipare, 2 IIpares, 1 IIIpare, 1 VIIpare et 1 XIpare. Trois avaient de l'albuminurie, dont une éclamptique ; deux avaient le placenta inséré très probablement sur le segment inférieur, dont une avec fœtus mort. Une avait fait une chute peu de jours auparavant. Nous n'avons rien noté au point de vue de la brièveté du cordon sauf dans un cas où le cordon mesurait 25 centimètres de long. Toutes nos femmes avaient souffert pendant l'expulsion de leur produit de conception.

J. Roux (de Marseille). — J'ai vu chez une IIpare de 38 ans, enceinte de six mois, l'expulsion en bloc sans provocation autre qu'une chute banale survenue la veille. Il y avait de l'albuminurie. Le fœtus vivant survécut quelques heures ; les suites de couches furent normales.

Extraction de corps étrangers de la vessie chez la femme par la taille vésico-vaginale.

A. Gauthier (Marseille). — Tout en croyant toujours que la cystostomie sus-pubienne est et doit rester la méthode de choix pour ce genre d'opération, je crois que, dans certains cas, il est possible de recourir à la voie vésico-vaginale sans crainte de fistulisation ultérieure. Voici le cas sur lequel j'étage mes dires.

Une femme, s'étant introduit une épingle à cheveux à l'intérieur de la cavité vésicale, se présente avec tous les signes d'une cystite des plus douloureuses. A l'examen du vagin, on constate que les deux branches de l'épingle font saillie à travers la cloison vésico-vaginale perforée ; l'exploration vésicale renseigne sur la situation de l'épingle, qui, plantée transversalement, est recouverte de concrétions calcaires en grande quantité. Les renseignements m'éloignent de l'idée d'aller chercher le corps étranger par les voies uréthrales et sus-pubiennes, et je décide l'opération par la voie vésico-vaginale.

Après désinfection soigneuse du vagin, j'incise la cloison et ayant introduit deux doigts dans la vessie, je vais saisir l'épingle, qui vient après quelques trac-

tions énergiques; je referme avec deux plans de sutures, l'un profond, excluant simplement la muqueuse vésicale, l'autre superficiel.

Les suites opératoires furent excellentes, la réunion se fit par première intention et je crois que les deux grands facteurs qui m'ont permis de mener à bien cet essai sont la désinfection préliminaire et consécutive du vagin et le soin que j'ai mis à effectuer une bonne suture.

Abadie (Oran). — Tout en félicitant M. Gauthier de ce beau succès opératoire, je crois que la cytostomie sus-pubienne eût malgré tout été plus indiquée car de deux choses l'une : ou bien le corps étranger n'était pas suffisamment enclavé dans la paroi vésico-vaginale, pour exécuter son extirpation par cette voie; ou bien son enclavement était considérable, et alors j'estime qu'on se trouve beaucoup plus à l'aise pour effectuer une extraction laborieuse quand on travaille à ciel ouvert, c'est-à-dire après une large ouverture sus-pubienne.

Hartmann (Paris). — Une des grosses difficultés que rencontrait M. Gauthier dans cette extirpation était l'existence, tout autour de l'épingle, d'un-épais calcul phosphatique. Dans ces cas, on peut agir de deux façons différentes : un urinaire commencerait par broyer le calcul et seulement après, irait accrocher l'épingle avec un instrument approprié, qui lui permettrait d'employer la voie uréthrale. Le gynécologiste s'armera plutôt du bistouri et j'estime que sa conduite doit être subordonnée à la grosseur du calcul. Seule la voie haute permet l'extirpation des gros corps étrangers; dans les petits,je crois qu'il n'est pas téméraire de recourir à la voie vaginale : la crainte de voir à la suite une fistule vésico-vaginale est chimérique le plus souvent, ces plaies se réparant en général avec la plus grande facilité.

L'aniodol.

Jean Livon (Marseille). — L'aniodol est dépourvu d'odeur, n'attaque pas les instruments et a un pouvoir bactéricide presque double de celui du sublimé. M. Pinard en a obtenu de bons résultats à la maternité Baudelocque; nous en avons observé les bons effets dans l'ophtalmie des nouveau-nés et l'efficacité comme bactéricide de la flore vaginale.

Dystocie par viciation progressive du bassin dans les pays de grande déclivité.

Dresch (Ax-les-Thermes, Ariège). — Le titre de ma communication indique suffisamment ce que, praticien dans un pays de montagne, j'ai eu l'occasion d'observer. Dans mes trente-cinq ans de pratique obstétricale rurale, j'ai été obligé, assez souvent, de pratiquer la céphalotripsie chez des femmes, ayant eu auparavant plusieurs accouchements — jusqu'à six et sept — absolument physiologiques. Mon intervention était nécessitée par un rétrécissement plus ou moins notable du détroit supérieur, antéro-postérieur, principalement avec asymétrie. Je me suis demandé comment ces femmes avaient pu précédemment

avoir des accouchements naturels, n'ayant même pas nécessité une application plus ou moins sérieuse de forceps. Après plusieurs observations de ce genre dans les mêmes endroits ou dans des lieux topographiquement similaires, j'ai eu le sentiment que ces parturientes à bassins ainsi viciés n'avaient pu accoucher antérieurement avec de tels bassins et que ces bassins s'étaient déformés, peu à peu, par suite des conditions spéciales au milieu desquelles vivaient ces femmes. Vivant dans des pays très accidentés, sur des flancs de montagnes très abruptes, elles sont obligées de monter et de descendre des fardeaux très lourds; en prenant des attitudes particulières, pour maintenir leurs fardeaux variés, tantôt sur leurs têtes, tantôt sur leurs épaules ou sur leurs bras, tantôt sur les reins. A la longue, la colonne vertébrale subit des tassements, des torsions, des déviations, qui se traduisent par des déformations du torse, par une ensellure spéciale et aussi par une viciation progressive du bassin, que reconnaît l'accoucheur quand il se trouve dans l'obligation d'intervenir.

C'est toujours chez des femmes ayant dépassé la trentaine et ayant passé plusieurs années sans grossesse que la viciation du bassin a nécessité mon intervention. Je m'empresse d'ajouter que mes clientes n'avaient nuls symptômes d'ostéomalacie et que les enfants que j'étais obligé d'extraire avaient des têtes normales au point de vue du volume. Le plus souvent la position même de la tête fut normale également, mais je dois reconnaître que la position occipito-sacrée se présenta assez fréquemment, venant ajouter à la difficulté ou à l'obligation même de l'intervention.

Il y a longtemps déjà que j'ai causé de cette particularité de la pratique obstétricale en pays de montagne à des professionnels de l'obstétrique. Les uns trouvaient le fait intéressant, d'autres assuraient que cette déformation du bassin chez une adulte était impossible. Je livre tel quel le résultat d'une pratique déjà longue, qui s'est toujours reproduit dans les conditions que j'ai signalées et que je n'ai jamais observé dans les pays simplement accidentés de nos vallées.

Queirel (Marseille). — Les faits que vient de nous signaler M. Dresch sont très intéressants, mais je crois qu'avant d'admettre l'existence de déformations pelviennes chez des femmes ayant depuis longtemps terminé leur ossification, il serait nécessaire d'avoir des mensurations précises. Il se peut que les céphalotripsies aient été rendues nécessaires, non par la production tardive d'un rétrécissement du bassin, mais par une déviation de la direction de l'axe de ce bassin qui aurait subit une sorte d'antéflexion.

Du bleu de méthylène comme topique des bouts de seins.

Dresch (Ax-les-Thermes). — Depuis plusieurs années, j'emploie une solution de bleu de méthylène à 3 p. 100, comme topique des bouts de seins pour prévenir et guérir les gerçures. Les résultats sont excellents et d'autant meilleurs que la méthode est commode, économique et qu'elle n'oblige à aucune précau-

tion pour les tétées. Voici comment je procède : je fais laver la bouche de l'enfant et les bouts de seins avec une solution tiède de bicarbonate de soude à 2 p. 100. Je fais ensuite appliquer sur les mamelons, au pinceau, la solution de bleu de méthylène. On sait que le bleu de méthylène est un anesthésiant et de plus un agent favorable à la kératinisation, point très important pour un organe soumis à une macération constante par la salive et le lait. L'enfant tète sur ces mamelons sans le moindre inconvénient, sans le moindre dégoût. Sa bouche reste barbouillée de bleu, mais les urines ne sont pas suffisamment influencées pour teinter les langes. Sans doute, en recueillant les urines dans une éprouvette, on arriverait à les avoir teintées. Cela n'a nulle importance, nul inconvénient. Huit ou dix jours d'applications suffisent. Il est nécessaire de faire l'application immédiatement après la tétée quand le bout présente encore le maximum d'érectilité.

Observations de fistules vésico-vaginales chez des femmes indigènes (consécutives à l'accouchement).

Sabadini (Alger). — Nous avons observé, au cours de ces trois dernières années, 3 cas de fistules vésico-vaginales, 1 cas de fistule urétro-vésico-vaginale et 1 cas de fistule recto-vaginale chez des femmes indigènes.

Toutes ces fistules étaient basses et situées au tiers moyen. Leur diamètre a varié entre 8 millimètres (obs. 1) et 2 centimètres et demi. La fistule recto-vaginale avait une longueur de 4 centimètres.

Nos opérées ont été placées en position dorso-sacrée. Comme anesthésie nous avons employé la rachicocaïnisation dans les 3 premiers cas et la rachistovaïnisation dans les 2 autres.

Nous avons utilisé comme procédé opératoire l'avivement dans 2 cas (obs. 1 et 3) et le dédoublement dans les 3 autres (obs. 3, 4 et 5). Pour la fistule urétro-vésico-vaginale nous avons été obligé de recourir à une deuxième intervention qui a consisté à prendre un lambeau vaginal en arrière de la fistule, de façon à former la paroi inférieure de l'urètre, puis à recouvrir ce lambeau par deux autres pris de chaque côté en grande partie sur les petites lèvres. Guérison dans trois fistules vésico-vaginales et dans la déchirure recto-vaginale, et demi-succès dans la fistule urétro-vésico-vaginale. L'insuccès de cette dernière est du à la désunion au niveau de la suture du lambeau vaginal au lambeau labial.

La femme musulmane se fait accoucher par une voisine, ou par une matrone, ou bien elle s'accouche toute seule. Nous préconisons vivement, pour leur éviter les accidents de l'accouchement, un corps de sages-femmes de colonisation tout comme il existe des médecins de colonisation.

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des placentas prævia.

Pélissard et **Ben Hamou** (d'Alger) relatent les cas observés à la Maternité d'Alger et concluent :



1° Le nombre des placentas prævia constatés anatomiquement est moins élevé que les données cliniques ne l'indiquent, mais le nombre des placentas prævia constatés cliniquement est plus grand ;

2° Ce degré de fréquence ne trouve pas sa raison dans les données étiologiques que nous possédons. Peut-être le paludisme joue-t-il un rôle ;

3° Toutes les variétés ont été observées et surtout celle « centre pour centre » ;

4° Les accidents ont été, d'une part, les hémorragies et les accouchements prématurés ; d'autre part, les présentations vicieuses ;

5° Dans le cas d'hémorragie on obtint, par l'accouchement forcé, de bons résultats pour les mères et les enfants.

Calderini. — Dans ma pratique je coupe les membranes et fais de préférence la version, en laissant l'accouchement se terminer spontanément. Mais il y a un départ à faire entre les cas simples et les cas très graves. Dans les cas très graves, je ne suis pas encore fixé sur la conduite à tenir. Faut-il tirer sur le col pour étirer les artères utérines ? Faut-il relever l'utérus pour les comprimer ? Je crois que le plus souvent la malade meurt. Ce qu'il faut c'est faire un diagnostic précoce pour pouvoir intervenir à temps et obtenir un succès.

Obstétrique indigène.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part un grand nombre de médecins algériens, le Congrès émet le vœu suivant :

En raison des conditions désastreuses de l'obstétrique indigène, dans les tibus de l'intérieur, le Congrès émet le vœu qu'il soit créé, dans l'avenir, un corps d'infirmières musulmanes, pouvant éventuellement remplir le rôle de sages-femmes.

Lésions des trompes et grossesse.

Verdelet (Bordeaux) en a observé 1 cas et conclut que dans des cas d'annexites suppurées la grossesse est fâcheuse, mais que, dans les autres cas d'annexite, la grossesse peut se comporter normalement et a un retentissement plutôt favorable sur leur évolution.

Du pansement iodé répété dans les infections puerpérales.

E. Cabanes (Alger) rapporte 35 cas personnels de ce traitement, dont il décrit la technique :

Après curettage ou non, suivant le cas, ce pansement iodé consiste à tasser mollement d'abord, puis avec assez de force, une mèche de gaz imbibée de teinture d'iode ou mieux d'eau iodée à 4 p. 100 ; il est renouvelé et les malades, atteintes gravement, ont guéri rapidement en six jours ; chez la plupart,

l'infection datait de plusieurs jours, parfois elle était ancienne, vingt jours et même deux mois. L'auteur formule les conclusions suivantes :

1° L'innocuité du pansement iodé est certaine ;

2° Le pansement iodé est une méthode sûre et puissante contre l'infection. Il fait disparaitre en trois jours, en moyenne, les symptômes cardinaux de l'infection ;

3° Il doit être appliqué deux fois par jour ;

4° L'endométrite puerpérale cède en quelques jours ;

5° Il arrête l'évolution d'une septicémie au début ;

6° Il est utile dans les septicémies généralisées, en supprimant le foyer de l'infection ;

7° Il peut être utile dans certains cas de pelvi-péritonites plastiques, limitées, à tendances subaiguës, en supprimant le centre utérin des productions bactériennes et toxiques: mais, *a priori* dans ces cas, les manœuvres qu'il exige commandent une grande prudence.

M. Sabadini confirme l'excellence de la méthode.

M. Riss reconnaît l'efficacité du traitement par l'iode, mais fait des réserves en ce qui concerne son emploi pour toutes les infections puerpérales; il préfère les attouchements iodés répétés.

Traitement des salpingites aiguës.

Sabadini. — Le meilleur traitement d'après les nombreux cas observés est le suivant : Large application de glace sur le ventre pendant la période aiguë, avec injections vaginales chaudes au permanganate de potasse dans les cas où il y a des pertes blanches ; puis bains et lavements chauds pendant la période de refroidissement et pendant un laps de temps qui variera entre un ou deux mois en moyenne, et intervention ensuite (laparotomie).

Compresse-tampon pour exclusion temporaire de la cavité pelvienne.

Pichevin (Paris). — Pour séparer la cavité pelvienne du cœlome et mettre à l'abri les anses d'intestin au cours des opérations sur le pelvis, je me sers d'un boudin de mousseline enroulée sur elle même. Sur ce boudin long de 48 centimètres, ayant une circonférence de 18, est cousue une longue et épaisse compresse de gaze. Ce boudin introduit dans l'abdomen a ses deux extémités dans les fosses iliaques, sa partie moyenne est refoulée en haut vers l'ombilic. On a ainsi un gros tampon qui, enfoncé à frottement, maintient bien en place les intestins ; d'autant que le voile constitué par la grande compresse cousue est fixé par des pinces aux lèvres de la plaie abdominale.

REVUE ANALYTIQUE

Des vomissements graves de la grossesse (Pernicious vomiting of pregnancy). WHITRIDGE WILLIAMS, *Trans. of the Am. gynec. Soc.*, 1905.

Ceci représente une étude très complète de la question. Whitridge Williams admet trois groupes importants sous le rapport de l'étiologie : 1° *vomissements d'origine réflexe*, ayant pour foyer primitif du réflexe une anomalie du tractus génital ou de l'œuf : *a*) anomalies de l'utérus, surtout déplacements ; *b*) endométrites; *c*) tumeurs ovariques ; *d*) anomalies ovulaires, hydramnios, môle hydatiforme, certains cas de grossesse gémellaire ; 2° *vomissements d'origine nerveuse* (variété importante sur laquelle Kaltenbach surtout, en 1890, a attiré l'attention) ; 3° *vomissements de nature toxique* : *a'*) toxémie d'origine intestinale ; *b'*) d'origine fœtale ; *c'*) ovarique ; *d'*) hépatique (hépatotoxémie). L'auteur s'attache tout particulièrement à l'étude critique de cette pathogénie hépatique de l'hyperémésis, pathogénie qu'un certain nombre d'observations personnelles lui paraissent confirmer, observations dans lesquelles il a constaté,en même temps qu'un état pathologique indiscutable du foie, des modifications importantes dans le métabolisme normal. *Pour l'instant, il doit me suffire, écrit-il, d'avoir démontré que, dans certains cas de vomissements, de nature toxique, de la grossesse, il existe une modification importante dans le métabolisme normal, qui se traduit par une forte augmentation du coefficient ammoniacal* ; il appartient à des recherches futures de déterminer si cette modification est due à une incapacité du foie malade pour effectuer une oxydation complète, ou si elle est l'expression de la réaction défensive de l'organisme contre une intoxication acide. » Après la description des symptômes et la relation rapide des 8 cas qu'il a observés, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Les vomissements graves de la grossesse ne reconnaissent pas un facteur étiologique unique, ils ont une triple origine : a) *réflexe* ; b) *nerveuse* ; c) *toxique* ;

2° La variété nerveuse est associée à une névrose sans altérations organiques; elle a des liens plus ou moins intimes avec l'hystérie. Elle peut guérir par suggestion ou par la cure de repos modifiée

3° La forme toxique est liée à des altérations caractéristiques dans le métabolisme et, dans les cas à issue mortelle au moins, elle coïncide avec des lésions du foie semblables à celles de l'atrophie jaune aiguë. Elle peut affecter une marche aiguë ou chronique, la première tuant en dix jours ou moins, tandis que la seconde peut durer des semaines, des mois.

4° Dans les vomissements réflexes et nerveux, pas de modifications notables dans l'urine, tandis que la forme toxémique est caractérisée par une diminution accusée de l'azote excrété comme urée, et par une augmentation de la quantité d'azote excrété comme ammoniaque. Le coefficient ammoniacal s'éleva de 3 à 5 p. 100 jusqu'à 46 p. 100 dans une de mes observations.

5° La forme toxémique se diagnostique par l'examen de l'urine, la forme réflexe par l'examen bimanuel soigneux de l'appareil génital, et la forme nerveuse par exclusion des deux autres.

6° Le pronostic est excellent pour les formes réflexe et nerveuse, à condition toutefois qu'on institue un traitement judicieux ; l'on doit rarement recourir à l'interruption de la grossesse. Pour la forme toxémique, au contraire, il faut, pour éviter l'issue fatale, procéder vite à l'avortement et savoir que, même alors, le pronostic reste douteux.

R. L.

Pour l'étude de la formation de la membrane des hématocèles (Zur Lehre von der Entstehung der Hamatokelenmembran). MAENNEL, *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 11, p. 305.

L'auteur a utilisé 48 cas à des recherches histologiques, ayant pour but l'étude de la formation de la capsule des hématocèles : dans tous ces cas, ce fut un avortement tubaire, consécutif à une grossesse ectopique, qui présida à l'hématocèle. L'œuf inséré sur la paroi tubaire et se développant a-t-il érodé un vaisseau, l'épanchement du sang reste d'abord interstitiel; le sang s'infiltre entre les couches de tissus dissociés. Lorsque l'hémorragie n'est pas trop abondante et qu'elle s'effectue lentement, la trompe réagit par des processus enkystants : des fragments de tissu décollés et totalement séparés des éléments sous-jacents se déposent sur le coagulum. Mais cette enveloppe morte est bientôt parcourue par des lymphocytes vivants et des fibroplastes, qui pénètrent aussi dans la couche limitante de l'épanchement sanguin et se transforment en cellules connectives. La tumeur est-elle, dans cet état, expulsée à travers le point le moins résistant de la trompe, elle est déjà recouverte par une couche composée de tissu organisé (germes connectifs, fibres musculaires de la paroi tubaire), et c'est cette tumeur, non plus le sang pur, qui entre en contact avec le péritoine. On conçoit ainsi pourquoi il ne se produit pas de résorption rapide, comment plutôt s'établissent vite des adhérences avec les surfaces séreuses adjacentes, surtout avec les franges tubaires, puis avec la paroi postérieure de l'utérus, le ligament large, la paroi pelvienne, l'épiploon, le gros intestin.

L'organisation connective de la membrane de l'hématocèle continue de s'effectuer.

R. L.



BIBLIOGRAPHIE

Handbuch der Gynäkologie par J. Veit, 2e édition, Wiesbaden, Bergmann, éditeur, T. I, 1907.

Lorsque parut la première édition de ce Traité de gynécologie, nous avons ici même dit tout le bien que nous en pensions. Le succès que cet important traité, véritable compendium de la gynécologie allemande, a obtenu, montre que nous ne nous étions pas trompé en lui prédisant le succès. Quelques-uns des collaborateurs de la première heure, Gebhard, Gessner, Löhlein et Viertel, sont morts. Dans le volume qui vient de paraître, la première partie, l'antisepsie et l'asepsie, a été entièrement composée par un nouveau collaborateur, W. Franz (d'Iéna) ; Küstner y a traité, comme dans la première édition, les anomalies et les changements de position de l'utérus ; enfin on y trouve l'histoire complète des myomes utérins par R. Meyer, J. Veit, R. Schaeffer et R. Olshausen. Le texte et la bibliographie présentent les mêmes qualités que ceux de la première édition. L'iconographie a été notablement améliorée, en particulier par suite de l'adjonction d'une série de planches en deux tons qui aident beaucoup à la compréhension des procédés opératoires.

Die Cystoskopie des Gynäkologen, par Walter Stoeckel, Leipzig, Breitkopf et Härtel, éditeurs.

Un peu négligées autrefois, d'une part, par les gynécologues, d'autre part, par les spécialistes urinaires qui s'occupent surtout de l'homme, les maladies de la vessie chez la femme ont besoin d'être étudiées de nouveau. Le petit traité de cystoscopie publié par W. Stoeckel sera entre les mains de tous ceux qui veulent aborder cette étude avec fruit. Conçu d'une manière pratique, illustré de nombreux dessins et de belles planches en couleur, ce petit livre a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les gynécologues.

The diseases of women par Bland Sutton et Arthur E.-Giles, Londres, Rebman, éditeur, 1906.

Le succès de ce manuel, arrivé en quelques année à sa cinquième édition, dit plus en sa faveur que tout ce que nous pourrions écrire. Plusieurs parties ont été remaniées ou sont entièrement nouvelles dans l'édition actuelle (le chorio-épithélioma, la grossesse extra-utérine, les tumeurs de l'ovaire, le cancer métastatique de l'ovaire).

La pratique de l'art des accouchements, publiée par MM. Commandeur, Keiffer, Macé, Maygrier, Morache, Puech, Rabaud, Treub, Cathala, Guéniot, Jeannin, sous la direction de MM. Paul Bar, Brindeau et Chambrelent. Asselin et Houzeau, éditeurs.

Deux gros volumes, l'un de 700 pages, l'autre de 1000, divisés en huit parties et comprenant un total de 864 figures, dont beaucoup inédites, tel est l'ouvrage que M. Bar et ses collaborateurs viennent d'offrir au public médical.

L'anatomie et la physiologie, par M. Keiffer; — la grossesse normale et l'accouchement dans les différentes présentations, par M. Puech; — la délivrance normale et pathologique, par M. Commandeur; — les suites de couches normales et pathologiques, par MM. Bar, Jeannin et Macé; — le nouveau-né normal à terme, le nouveau-né prématuré, le nouveau-né pathologique, par MM. Maygrier et Jeannin, plus un appendice où sont très brièvement étudiés, par MM. Maygrier et Jeannin, les moyens de remédier à la mortalité infantile, tels sont les éléments qui composent le premier volume. On y trouve réuni tout ce qui concerne la puerpéralité physiologique avec addition des chapitres qui ont trait à certaines dystocies et à certains états pathologiques, dont l'étude gagne évidemment à être jointe à celle des états normaux. C'est ainsi que, de façon fort heureuse, la délivrance a été étudiée en bloc et que le lecteur, après avoir lu l'étude de la délivrance normale, trouvera immédiatement après elle ce qui a trait à la délivrance anormale et n'aura pas à chercher, à la fin de l'ouvrage, la délivrance artificielle. Les auteurs ont agi de même en ce qui concerne les suites de couches, l'étude très complète et très fouillée des infections puerpérales succédant immédiatement à la description des suites de couches normales.

La classification en cinq parties des matières du premier volume, répond, avec les modifications que nous avons signalées, aux divisions traditionnelles des divers traités d'accouchement.

Il n'en est plus de même en ce qui concerne le second volume.

Ici, nous trouvons trois parties : des maladies et des états de la mère capables de devenir une cause de complication pendant la grossesse et pendant l'accouchement, par MM. Chambrelent, Cathala, Commandeur et Treub; — des anomalies du fœtus et de ses annexes, capables de devenir une cause de complication pendant la grossesse et l'accouchement, par M. Brindeau ; — des opérations et des manœuvres usitées en obstétrique, par MM. Bar et Guéniot.

Il n'y a rien à dire de cette division en ce qui concerne la dernière partie; mais la répartition en deux catégories, seulement, de toutes les complications de la grossesse et de l'accouchement est quelque peu sommaire et a l'inconvénient de mettre quelque confusion dans le plan de cet important ouvrage. C'est ainsi, par exemple, que les viciations pelviennes, qui sont habituellement, et à juste titre, étudiées dans l'accouchement dystocique, se trouvent, ici, entre les maladies propres à la femme enceinte et les fractures pendant la grossesse. Les déchirures du périnée, qui sembleraient devoir être étudiées avec l'accouchement ou le post-partum, voisinent avec les affections de l'utérus gravide.

L'étude des ruptures utérines, des thrombus vulvo-vaginaux, la mort de la femme pendant la puerpéralité se trouvent classées à côté des anomalies du fœtus et de ses annexes.

Laissant de côté cette question de classification, car toute classification est artificielle et, par suite, discutable, il nous reste à signaler, à la fin du second volume, un bon résumé de tératologie dû à M. Rabaud, et quelques pages écrites par le regretté professeur Morache sur les questions médico-légales relatives à la grossesse et à l'accouchement. L'addition à un traité d'accouchement de ces notions de médecine légale, dont certaines sont souvent trop peu connues, est certainement fort utile.

L'analyse détaillée d'un ouvrage aussi important que celui de M. Bar et de ses collaborateurs est quasi impossible à faire, car elle entraînerait sur certains points à de très longues discussions. Aussi indiquerons-nous plutôt l'impression d'ensemble qui se dégage de la lecture de la *Pratique de l'art des accouchements*.

« Nous avons tenu, écrit, dans sa préface, M. Bar, à ce que le lecteur trouvât ici une réponse, aussi nette que possible, aux problèmes que fait naître la pratique de chaque jour. »

Certes, les solutions préconisées par M. Bar et par ses collaborateurs ne seront pas toutes acceptées sans réserve; des divergences subsistent, entre les accoucheurs, sur un certain nombre de questions; nous avons toutefois la joie de constater que ces divergences deviennent de moins en moins profondes et de moins en moins nombreuses.

Mais si des désaccords persistent — désaccords heureux puisqu'ils pousseront à de nouvelles recherches et à des études fécondes — il n'en reste pas moins que les auteurs ont atteint le but qu'ils se proposaient, de donner aux problèmes de la pratique obstétricale des réponses nettes et précises, appuyées sur de consciencieuses études. Par le nombre et l'intérêt des documents qu'il renferme, par la véritable originalité de certains chapitres, cet ouvrage fait honneur à celui qui en a conçu et dirigé la publication et il prendra place, certainement, parmi les meilleures publications obstétricales françaises.

M. Oui.

A. Ribemont-Dessaignes, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Maternité de Beaujon, chargé de cours, directeur de l'enseignement des sages-femmes de la Faculté, membre de l'Académie de médecine. — **Iconographie obstétricale.** [Fascicule 1er], 1 vol. gr. in-8, comprenant 12 planches en couleurs, avec texte explicatif. Prix: 12 francs (Masson et Cie, éditeurs).

Plus que jamais l'enseignement des sciences médicales se fait par l'image. Une bonne figure vaut mieux qu'un long texte, si elle est vraie et si elle est claire.

Ce sont ces qualités d'exactitude scientifique et de lumineuse clarté qui

donnent une valeur inappréciable aux planches reproduisant les aquarelles de M. Ribemont-Dessaignes : c'est la nature même, étudiée par un savant et représentée par un artiste dans sa forme et dans sa couleur.

Depuis plus de trente ans, M. Ribemont-Dessaignes a patiemment constitué une collection inestimable d'aquarelles personnelles reproduisant les faits rares ou dignes d'intérêt recueillis, soit dans son service, soit dans ceux de ses amis, et, à l'heure où les pièces anatomiques blanchies ou jaunies dans les bocaux des laboratoires ne seraient plus que des momies fragiles, il les offre toutes fraîches, grâce aux procédés modernes de simili-gravure en trois couleurs, et met ainsi entre les mains de tous un très riche musée obstétrical.

Cette **Iconographie obstétricale** est publiée en fascicules de 12 planches, accompagnées d'un texte explicatif.

Ces fascicules seront consacrés aux faits suivants :

Rétention *in utero* du fœtus mort, l'œuf étant clos ; états pathologiques et malformations fœtales, particulièrement celles dues aux adhérences, aux brides amniotiques ; malformations fœtales par arrêt de développement ; monstruosités dystociques ; lésions vulvo-périnéales ; ruptures de l'utérus ; anomalies et lésions placentaires ; modifications plastiques du fœtus ; opérations obstétricales ; avortement, etc.

Le premier fascicule vient de paraître. Il est précédé d'une étude magistrale de la rétention du fœtus dans l'utérus avec intégrité des membranes. Les planches représentent les œufs clairs, les fœtus momifiés, les macérés syphilitiques, les macérés avec étranglement du cordon, les macérés avec ascite, les fœtus morts pendant le travail et enfin les *macérés vivants*, dont l'histoire avait déjà été commencée par l'auteur en 1898.

Cette œuvre considérable fait le plus grand honneur à la science obstétricale française et à l'éditeur, qui, ayant assumé le soin de sa publication, a su vaincre de grosses difficultés techniques avec une perfection qui n'a jamais été atteinte.

A. COUVELAIRE.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Brooks. Concerning the occurence of neoplasms in wild mamaml. with the report of a case of sarcoma of the ovary in nycterentes albus. *Am. J. of the med. Sc.*, mai 1907, p. 769. — **Brothers**. The early mobilization of patients after major gynecological operations. *Med. Record*, mars 1907, p. 476. — **Brothers**. The prophylaxis and treatment of post-operative phlebitis. *Am. J. of Obst.*, mai 1907, p. 609. — **Joseph**. Allg. Therapie des Geschlechtskrank. *Deuts. med. Woch.*, 27 juin 1907. — **Kaan**. A plea for conservatism in gynecology. *Boston med. a. Surg. J.*, avril 1907, p. 539. — **Kraph**. Ein Fall von Dermoidkyste mit Usur der Darmwand durch einen nach aussen gewachsenen Zahn. *Münch. med. Wochensch.*, avril 1907, p. 333. — **La Roque**. So-called hysterical affections of the abdomen. *The American Journal of the medical Sciences*. Philadelphia a. New York, juin 1907, n° 423, p. 912. — **La Torre**. Deve il medico rilasciare certificati di verginita. *Clinica ostetrica*, mai 1907, p. 169. — **Patellani**. Rapporto tra l'acromegalia e la funzione sessuale nella donna. *Annali di ost. e gynec.*, 1907, n° 3, p. 240; 333. — **Peham**. Futterungen mit Ovarialsubstanz zum Zwecke der Beeinflussung der Geschlechtsbildung. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1907. — **Pichevin**. A propos des parotidites post-laparotomiques. *La Semaine gynécologique*, Paris, 26 février 1907, p. 65. — **Pichevin**. Tétanos et affections gynécologiques. *La Semaine gynécologique*, Paris, 14 mai 1907, p. 153. — **Pratt**. A case of sudden death at the climacteric. *Britisch. med. J.*, mai 1907, p. 1231. — **Ries**. Mesosigmoiditis and its relations to gynecological affections. *Am. J. of Obst.*, mai 1907, p. 623. — **Thorn**. Zur Technik der Probexcision. *Gynæk. Rundschau.*, 1907, Hft. 71, p. 278. — **Wallart**. Untersuchungen über dieinterstitielle Eierstoksdruse beim Menschen. *Arch. f. Gyn.*, Bd., LXXXI, Hft. 2, p. 271. — **Walthard**. Zur Ætiologie der Chorionepitheliome ohne Primartumor im Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 3, p. 443. — **Watkins**. Thenon-operative treatment of pelvic infections. *Surgery Gyn. a. Obst.*, 1907, n° 4, p. 507. — **White**. Traumatism as an etiological factor in gynecology. *Am. J. of Obst.*, 1907, n° 4, p. 528. — **Wolff**. Fortsch. der Hämatologie in den litzten zen lahren. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1907, p. 672. — **Zurhelle**. Ein sicherer Fall von Impfcarcinom. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 353.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Cohn**. Leistungen auf der Gebiete der Händedesinfektion. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1907, p. 589. — **Dartigues**. Nouvel écarteur abdominal, le laparostat. *Bull. Soc. Int.*, mai 1907. — **Nenadovics**. Die Behandlungsweise nach Bier in der Gynænologie. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 9, p. 369. — **Watkins**. Blunt dissection with scissors in plastic gynecologic operations. *Am. J. of Obst.*, 1907, n° 4, p. 509.

VULVE ET VAGIN. — **Coe**. Pathology of gonorrhea in women. *Med. Record*, avril 1907, p. 684. — **Rotter**. Ueber Scheidenverletzungen hervorgerufen durch Beischaf. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 11, p. 451. — **Sheffield**. Vulvovaginitis in children with especial reference to the gonorrheal variety and its complications. *Med. Record*, mai 1907, p. 767. — **Soli**. Due Casi di attresia vaginale di origine puerperale. *La Clinica ostetrica*, mai 1907, p. 193. — **Stove**. Gonorrhea in women. Infections of the urethra vagina and ducts of the glands of Bartholin. *Med. Record*, avril 1907, p. 685

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Boursieu**. A propos d'un cas de déchirure complète du périnée. *J. de méd. de Bordeaux*, décemb. 1906, p. 949. — **Dührssen**. Ueber Perineoplastik nebst Bemerkungen über die extraperitoneale Interposition des Uterus bei Prolaps. *Gyn. Rundschau*, 1907, Hft. 2, p. 321. — **Dührssen**. Nochmals die extraperitoneale Interposition des Uterus bei Prolaps. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 12, p. 454. — **Haupt**. Geburt. nach vagini fixur. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1907, p. 662. — **Hill**. A discussion of the indications for correcting uterine retrodisplacement. *Am. J. of Obst.*, mai 1907, p. 630. — **Pichevin**.

Myomectomie pour l'utérus rétrodévié. Avortement consécutif. Enfant macéré. Septicémie. Curage instrumental. Guérison. *La Semaine gynécologique*, Paris, 28 mai 1907. p. 169. — **Pinckam**. Some observations on backward displacement of the uterus. *Am. J. of Obst.*, mai 1907, p. 642. — **Spaeth**. Zur Alexander-Adamschen Operation. *Munchen med. Wochensch.*, mars 1907, p. 608. — **Spangaro**. Sul prolasso dell'utero e su di un nuovo processo di ventrofissazione. *Archivio italiano di ginec.*, 1907, n° 3, p. 81. — **Sinclair (M.)**. A new method of performing ventrisuspension of the uterus. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1907, p. 334.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Dalché**. Hyperovarie. Métrorragie vaginale. *Gaz. des hôpitaux*, juillet 1907, p. 889. — **Fischer**. Blutungen am Beginne der Pubertät. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, avril 1907. — **Morse**. Membranous dysmenorrhea. *Bull. Johns Hopkins Hospital*, février 1907. — **Sitzenfrey**. Ueber mehrsichtiges Plattenepithel der Schleimshautoherflache des Uterus benignen u. malignen Cahrakters. Zugleich ein Beitrag Zur Lehre von der Kaufmann-Hofmeierschen Krebs Variation. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 3, p. 385.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Assereto**. La propagazione del carcinoma del collo uterino al tessuto paravaginale. *Annali di ost. e ginec.*, 1907, n° 2, p. 89. — **Barksdale**. The surgical treatment of uterine fibroids. *Am. J. of Surgery*, juin 1907, p. 165. — **Burckhard**. Ueber das Vorkommen von karzinomatöser Degenerations des Uterustumpfes nach supra-vaginaler Amputation. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1907, p. 840. — **Chavannaz**. Sur 3 cas de sphacèle de fibrome utérin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, avril 1907, p. 229. — **Dartigues**. Productions kystiques intraligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale. *Buli. Soc. Int.*, mai 1907. — **Delage** et **Caujoux**. Sur la suppuration des fibromes de l'utérus. *Gaz. des hôpitaux*, avril 1907, p. 591. — **Grünbaum**. Adenomyoma corporis utero mit Tuberculose. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 383. — **Haultain**. A clinical a. anatomical study of thirty cervical fibroids removed by abdominal hysterectomy. *Edinb. med. J.*, avril 1907, p. 297. — **Henkel**. Ueber die nach Entfernung des karzinornatosen Uterus aufretenden Reizidiva u. über die Behandlung des inoperables Uterus karzinomes. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 3, p. 467. — **Mann**. Fibroid tumors of the uterus in pregnancy, labor and the puerperal state. *Am. J. Obst.*, juin 1907, p. 737. — **Mercadé**. Les kystes de l'utérus. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1907, n° 2, p. 217. — **Oliver**. Two interesting neoplasms of the uterus : *a*) proliferous cystic disease, *b*) chorion epithelioma. *Edinb. med. J.*, juin 1907, p. 529. — **Pauchet**. Cancer du col utérin. Hystéro-colpectomie. Section de l'uretère et réimplantation dans la vessie. *Arch. prov. de chir.*, mai 1907. — **Pichevin**. A propos du cancer de l'utérus. *La Semaine gynécologique*, Paris, 7 mai 1907, p. 145. — **Pichevin**. Hystérectomie totale ou sub-totale pour le fibro-myome de l'utérus. *Sem. gyn.*, 4 juin 1907. — **Pichevin**. De la douleur pelvienne, contre-indication de l'hystérectomie dans le cancer utérin. *Sem. gyn.*, 18 juin 1907. — **Stefanesco**. Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale subtotale. *Soc. chir. de Bucarest*, mai-juin 1907. — **Thring**. On the radical abdominal operation for uterine cancer. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, mars 1907, p. 239. — **Van der Linden**. Dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibrome. *Journal de chirurgie et Soc. belge de chir.*, avril 1907. — **Venot**. Accidents et complications urinaires au cours des fibromes utérins. *Sem. gyn.*, 16 avril 1907. — **Vineberg**. Pregnancy and normal labor at full term after abdominal hysterectomy for a large submucous fibroid. *Am. J. of Obst.*, mai 1907, p. 655. — **Vineberg**. Report of two cases of chorioepithelioma malignus; hysterectomy; recovery. *Am. J. of Obst.*, juin 1907, p. 815. — **Weisswange**. Wann. soll ein Myom operiert werden. *Munchen med. Wochensch.*, mai 1907, p. 1027.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bone**. Seven cases of general peritonitis treated by operation with five recoveries. *The Lancet*, avril 1907, p. 1145. — **Crandou**. General peritonitis. *The Boston med. a. surg. J.*, janvier 1906, p. 1. — **Delage et Caujoux**. Hydrosalpinx intra-ligamentaire unilatéral. *La Semaine gynécologique*, Paris, 30 avril 1907, p. 137. — **Leach**. Acute pelvic abscess followed by acute obstruction. *British med. J.*, mai 1907, p. 1050. — **Lerda Guido**. Sulle alterazioni delle ovale in seguito ad interventi chirurgici sull'uteru e sulle trombe. *La Clinica chirurgica*, Milan, 31 mai 1907, p. 860. — **Martin**. Pyosalpinx a. other chronic pelvic infections treated by laparotomy. *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1907, n° 4, p. 506. — **Pichevin**. Conservation des annexes chroniquement enflammées. *Sem. gyn.*, 2 avril 1907. — **Pichevin**. Rupture des poches salpingo-ovariennes et péri-salpingo-ovariennes. *La Semaine gynécologique*, Paris, 14 juin 1907, p. 185. — **Pichevin**. Annexites bilatérales incurables. Hystérectomie sus-vaginale et ablation des annexes des deux côtés. *La Semaine gynécol.*, Paris, 25 juin 1907, p. 201. — **Verde-**

let. Lésions inflammatoires des trompes et grossesse. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, mai 1907, p. 218. — **Vincherg**. Conservative surgery in severe inflammatory affections of the uterine adnexa. *Med. Record*, février 1907, p. 217. — **Violet**. Les adhérences péritonéales douloureuses. *Gaz. des hôpitaux*, avril 1907, p. 530.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Barozzi**. Résultats éloignés de l'ovariotomie. *La Gynécologie*, octobre 1906, p. 422. — **Bégouin**. Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu. *J. méd. de Bordeaux*, février 1907, p. 69. — **Blau**. Ueber « eiahnliche » Bildungen in Ovarialtumoren. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 421. — **Gottignies**. Enorme kyste de l'ovaire. *Journal de chirurgie* et *Soc. belge de chir.*, avril 1907. — **Goullioud**. Du cancer de l'ovaire au cours de l'évolution des cancers de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1907, n° 2, p. 196. — **Grünbaum**. Milchsekretion nach Kastration. *Deutsch. med. Woch.*, 27 juin 1907. — **Jellett**. A contribution to the technique of operations on the uterine appendages. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1907, p. 312. — **Le Jemtel**. A propos de la classification des tumeurs de l'ovaire. *Annales méd.-chirurg. du Centre*, mai 1907, p. 241. — **Marcille**. Kyste dermoïde de l'abdomen chez l'homme. *La Tribune médic.*, avril 1907, p. 246. — **Pichevin**. Ablation unilatérale des annexes gauches. Résection ovarienne droite. *La Semaine gynécologique*, Paris, 5 mars 1907, p. 73. — **Pichevin**. Trois kystes dermoïdes sur les deux trompes. *Sem. gyn.*, 9 avril 1907. — **Retzlaff**. Ovariot. während der Geburt und in Woehenbett. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1907, p. 650. — **Watson**. Case of multilocular ovarian cyst successfully removed from an infant aged 11 months. *The Lancet*, juin 1907, p. 1487.

ORGANES URINAIRES. — **Bilhaut**. Vomissements incoercibles chez une albuminurique atteinte de néphroptose à droite. Décapsulation du rein. *Ann. de Chir. et d'Orth.*, avril 1907. — **Brunet**. Ueber Zottengeschwulste des Ureteres. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 9, p. 365. — **Franqué (V.)**. Beiträge zur operativen Therapie der Blasenscheidenfisteln, insbesondere bei Verlust der Uretha u. des Blasenh alses. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 3, p. 417. — **Posner**. Ueber angeborene Strikturen der Harnröhre. *Berliner klin. Wochensch.*, 1907, n° 13, p. 375. — **Reynalds**. The repair of cystocele. *Boston med. a. Surg. J.*, juin 1907, p. 774. — **Speoling**. Infrasymphysären Blasendrainage. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1907.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Conti Egisto**. Gravidanza extra-uterina. Due casi operati e guariti mediante la laparotomia. *Clin. Chir.*, 31 mars 1907. — **Costa**. Intorno alla gravidanza tubarica gemellare di un lato. *Annali di ost. e ginec.*, 1907, n° 2, p. 185. — **Heineck**. Des grossesses extra-utérines, leurs terminaisons, traitement, d'après une statistique de 40 cas personnels. *Union méd. du Canada*, juin 1907, p. 335. — **Lop**. Grossesse tubaire; péritonite; laparotomie; extirpation du kyste, guérison. *Gaz. des hôpitaux*, mai 1907, p. 649. — **Limnell**. Anatomische Befund in einem Fall von Nebenhornsccn augerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 399. — **Michaux**, Grossesse extra-utérine ovarienne. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*, mai 1907, p. 561. — **Pichevin**. Diagnostic et traitement de la rupture et de l'avortement tubaire. *Sem. gyn.*, 19 mars 1907. — **Pichevin**. A propos de la grossesse extra-utérine. *Sem. gyn.*, 23 avril 1907. — **Rivière** et **Begouin**. Grossesse tubaire isthmique de 4 mois; rétention fœtale de 8 mois. Laparotomie, guérison. *Gaz. hebdom. des Sc. méd.*, Bordeaux, 1907, n° 17, p. 198. — **Stark**. A case of extra-uterine pregnancy in which unusually early rupture of the gravid tube occurred. *British med. J.*, mai 1907, p. 1232. — **Van der Linden** et **Goetghebuer**. Grossesse datant de 6 ans dans la corne gauche d'un utérus bicorne. *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, Bruxelles, juin 1907, p. 282.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Caldesi**. Del dranaggio peritoneale post-laparotomico. *Annali di ost. e ginec.*, 1907, n° 2, p. 139. — **Rosenthal**. Some practical points from a series of one thousand abdominal sections. *Am. J. of Surgery*, juin 1907, p. 161.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Schultze**. Spätgeburt. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1907, p. 571.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Carmichael**. The Possibilities of ovarian grafting in the human subject, as judged from the experimental standpoint. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, mars 1907, n° 3, p. 215. — **Ferroni**. La conduttività elettrica del sangue materno e fetale. *Annali di ost. e ginec.*, 1907, n° 3, p. 229. — **Furniss**. Uterus of the opos-

sum. Some notes of comparative anatomy a. embryology with deduction. *Med. Record*, mai 1907, p. 770. — **Lane-Claypon**. On ovogenesis and the formation of the interstitial cells of the ovary. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1907, n° 3, p. 205. — **Opocher**. Il glicogene contenuto nel fegato materno in gravidanza ed in puerperio, nella placenta e nel fegato fetale. *Annali di ost. e ginec.*, 1907, n. 3, p. 295. — **Pinto**. Riorche istologiche sull' epitele amniotico umano. *Annali di ost. e ginec.*, 1907, n° 2, p. 73. — **Steinlbecher**. Die Schätzung der Transversa des Beckeneingangs nach Löhlein, nachgepruft an 74 Bauderbecken. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 433. — **Vogeler**. The blood pressure during pregnancy and the puerperium. *Am. J. of Obst.*, 1907, n° 4, p. 490.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Allen**. Prolonged gestation. *Am. J. of Obst.*, 1907, n° 4, p. 541. — **Bouchacourt**. Conclusions pratiques sur la question du séjour au lit des accouchées. *La Presse médicale*, Paris, 29 juin 1907, p. 410. — **Bovis (de)**. La grossesse peut-elle se résorber? *La Semaine méd.*, juin 1906, p. 280. — **Descamps**. Sur la prétendue menstruation des femmes pendant la grossesse. *Bull. Soc. belge de gyn. e d'obst.*, 1907-08, p. 14. — **Ladinski**. Diagnosis of early pregnancy with reference to a particuliar sign. *Med. Record*, 19 avril 1907, p. 597. — **Planchu**. Infection du sein à syndrome clinique du phlegmon diffus se terminant par la mort chez une nourrice au sixième mois de l'allaitement. *Lyon médical*, avril 1907, p. 757. — **Thorn**. Die Amenorrhäe der Stillenden. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 1, p. 2.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Saussol**. Hydramni volumineuse; grossesse double. *L'Année méd. de Caen*, 1907, n° 4, p. 84. — **Washburn**. Report of a case of quaduplets. *Am. J. Obst.*, juin 1907, p. 751.

DYSTOCIE. — **Barrett**. A consideration of retroversio-flexions of the uterus in their relations to pregnancy. *Am. J. of Obst.*, juin 1907, p. 780. — **Ingalls**. Ventral fixation of the uterus as a causa of dystocia. *Am. J. of Obst.*, mai 1907, p. 636. — **Kooke**. Induction of labor in contracted pelvis. *Am. J. of Obst.*, juin 1907, p. 753. — **Schoppig**. Das Becken. Enchondrom besonders als Geburtshindernis. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1907, p. 845.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Boyen-Joung**. Coincident extra and intra-uterine pregnancy. *Boston med. a. Surg. J.*, juin 1907, p. 733. — **Schultze**. Ueber das Verhalten der uterinen Decidua bei ektopischer Gravidität. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 370. — **Sinclair (M.)**. Four cases of early ectopic gestation with remarks. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1907, p. 327.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Alfieri**. Su di una particolare alterazione del fegato del neonato como segno di mancato od incompleta respirazione polmonare. *Annali di. ost. e gynec.*, 1907, n° 2, p. 53. — **Baudouin**. Myatomie congénitale. *Sem. méd.*, 22 mai 1907. — **Boston**. Absence of the uterus in three sisters and in two cousins. *The Lancet*, janvier 1907, p. 21. — **De Dominicis**. Sulle ecchimosi di Bayard-Tardieu nei neonati. *Annali di ost. e. gynec.*, avril 1907, p. 390. — **Delbet**. Vices de conformation congénitaux de la vessie. *Ann. des mal. des org. gén.-urinaires*, mai 1907. — **Kamp**. Z. Kenntnis der Myotonia congenita, sog. Thomsenschen Krankheit. *Deutsch. med. Woch.*, 20 juin 1907. — **Kaupe**. Zur Ætiologie des Pemphigus neonatorum non syphilitica. *Münch. med Wochensch.*, mai 1907, p. 1037. — **Kutschr**. Ein Fall von Mikrocephalus und Encephalocele mit chemiche Untersuchung der Cerbrospinalflussigkeit. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1907, p. 819. — **Londe**. Principes d'élevage au biberon. Prophylaxie de l'entérite infantile. *Presse méd.*, 23 mars 1907. — **Molin** et **Gabourd**. Sur une variété rare et tardive de tumeurs congénitales sacro-coccygiennes. *Gaz. des hôpitaux*, avril 1907, p. 519.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Adler**. Manuelle Placentalosung. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1907, p. 809. — **Baumm**. Erfahrungen über die Pubiotomie. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, avril 1907. — **Burger**. Beitrag zur Hebotomiefrage. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 2, p. 489. — **Canton**. 25 *casos de operacion cesarea conservadora practicados en la clinica obstetrica. Indicationes y contraindicationes*, Buenos-Airès, 1907. — **Caturani**. Il taglio cesareo vaginale « Acconci-Dührisen » nella placenta prævia. *Archivio itàlian. di ginec.*, mars 1907, p. 92. — **Leicester**. Mechanical dilatation of the cervix uterin obstetrics. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, mars 1907, p. 224. — **Preller**. 13 Fälle von Pubiotomie. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1907, p. 623. — **Riemann**. Erfolge bei hoher Zange. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, avril 1907. — **Stockakert**. Accouchement forcé au moyen du dilatateur de Bossi dans le cas d'eclampsie. *Bull. Soc. belge de Gyn.*, 1907-08, p. 7. — **Sellheim**. Die Einubung der Nachgeburt Operationen. *Münch. med. Wochensch.*, juin 1907, p. 1217. — **Stähler**. Zwei vaginale Kaiserschnitte bei Eklampsia im Privathause. *Gynœk. Runschau*, 1907, Hft. 7, p. 222.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Boquel**. De la distension exagérée de l'utérus gravide (les gros œufs, l'hydramnios et la grossesse multiple). *Arch. méd. d'Angers*, mai 1907, p. 272. — **Bossi**. Ghiandole tiroidee, ghyandole surrenali é osteomalacia. *La Clinica ostetrica*, mai 1907, p. 226. — **Calibi**. Dell'influenza della rottura precoce delle membrane sul decorso del puerperio. *Annali di ost. e ginec.*, 1907, n° 2, p. 117. — **Clifton**. Gonorrhea during pregnancy. *Med. Record*, avril 1907, p. 687. — **De Cotret**. Eclampsie puerpérale et décapsulation du rein. *Union méd. du Canada*, juin 1907, p. 315. — **Dünges**. Prophylaxis des Wochenbettflebers. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1907. — **Ferguson**. On the Prognosis of pregnancy in patient with kidney with notes of an unusually complicated case of labour after nephectromy. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, mars 1907, p. 232. — **Frank** A case of tight knot of the umbilical cord and consequent ante partum death of the fetus. *Am. J. of obst.*, juin 1907, p. 790. — **Gallatia**. Sectio cæsarea und Kastration in Osteomalacia unter Toropococainanesthesie. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 12, p. 457. — **Handfield-Jones**. On the occasionnal occurence of a peculiarly offensive condition of the liquor amnii. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1907, p. 305. — **Herff**. Wie ist der zunchmenden Kindhettflebersterblickeit zu steuer? Minderung der Operationen. Besserung der Desinfektion in der Hauspraxis. *München mediz. Wochensch.*, mai 1907, p. 1017. — **Jewet**. Interruption of pregnancy for causes other than pelvic contractions and eclampsia. *Am. J. obst.*, juin 1907, p. 708. — **Knynett**. A series of case of puerperal septicæmie with comnente. *The Lancet*, mars 1907, p. 876. — **Lange**. Retrof. Uteri in den letzen Schwangerschaftsmonat. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1907, p. 668. — **Le Roux**. L'allaitement chez les cardiaques. *L'Obstétrique*, 1907, n° 3, p. 227. — **Maragliano**. Tuberculosi e grivandza dal punto di vista terapeutico. *La Clinica ostetrica*, juin 1907, p. 241. — **Norris**. The treatment of pernicious vomiting of pregnancy. *Am. J. of Obst.*, 1907, n° 4, p. 535. — **Polano**. Ueber Verschwinden einer Schwangerschaft. Ein Beitrag zur Lehre von der Blasenmole. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 3, p. 453. — **Ruppanner**. Eine Sturzegeburt mit Verletzung der Vulva. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 10, p. 412. — **Senarclens**. Un cas de rupture de la vessie du cordon prolabé dans une présentation du siège incomplète, mode des fesses. *Rev. méd. Suisse romande*, 1907, n° 5, p. 373. — **Shaw**. Chorea during pregnancy. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1907, p. 239. — **Small**. Abortion with special reference to the treatment of incomplete abortions. *Am. J. of Obst.*, mai 1907, p. 137. — **Valenta**. Zwei Falle von Kaiserschnitt bei Myom und Osteomalacie. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 10, p. 401. — **Walczynski**. Ueber Schutmassregeln gegen die Verbreitung der Wochenbettflebers und Reformen der Hebammenwesens. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 8, p. 333. — **Walther**. Spontane intrauterine Zerreissung der Nabelschnurr bei abnormer Kürze derselhen. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 10, p. 404.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Boerma**. Ein neuer Forceps. *Berlin klin. Wochensch.*, 1907, n° 17, p. 516. — **Rathschub**. Eine aseptische Wochenbettbinde. *Munch. med. Wochensch.*, mars 1907, p. 620. — **Steffen**. Zur Scopolamin-Morphin Wirkung bei Geburten. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 451.

VARIA. — **Ceysewice**. Die Gesetze der Physik als Grundlage des Verhaltens der Geschlechtsorgane der Weibes wahrend der Schwangerschaft und Geburt. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1907, p. 785. — **De Castro**. L'ostetricia in Abissinia. *Archivio italiano di gynec.*, janvier 1907, p. 19. — **Kurdinowiski**. Ueber die reflectorische Wechselbizéhung zwischen Brust drüsen und dem Uterus und über die wichtige Rolle der reflectorischen Einflusse im Allgemein, sowohl in der Physiologie, als auch in der Pathologie der graviden und nichs graviden Uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI, Hft. 2, p. 340. — **La Torre**. Della responsabilita della levatrice durante il parto. *La Clinica ostetrica*, mars 1907, p. 130. — **Mabbott**. The regulation of midwives in New-York. *Am. J. of Obst.*, 1907, n° 4, p. 516. — **Pepere**. Le paratiroidi nella gravidanza e nella malattie convulsivanti. *Archivio italiano di ginecol.*, janvier 1907, p. I. — **Rissmann**. Schadigung am Einkommen oder bessere Belehrung der Hebammen. *Gynæk. Rundschau*, 1907, n° 7, p. 288. — **Zangemeister**. Der heutige Stand der Streptocokkenfrage insbesondere fur die Geburtshülfe. *Münch. med. Wochensch.*, mai 1907, p. 1021.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.



TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE (1)

Par le docteur **AUGUSTE TURENNE**, professeur d'obstétrique et gynécologie
à la Faculté de médecine de Montevideo (Uruguay).

Je ne serais pas surpris si j'apprenais que quelques-uns de mes collègues ont été étonnés de voir présenter cette question aux discussions d'un Congrès. En effet, n'est-il pas de notion courante que nous sommes tout-puissants contre cette maladie ? Les traités classiques ne décrivent-ils pas, pêle-mêle il est vrai, tous les moyens dont l'accoucheur est armé contre ce véritable fléau ? Mais toute médaille a son revers. Au chapitre pronostic, parmi les plus belles statistiques, un petit chiffre, des décimales même, se glissent pour ternir de bien justes succès et nous montrer *qu'on meurt à l'heure actuelle d'infection puerpérale.*

Cette mortalité minime nous prévient, un peu cruellement, que le dernier mot n'a pas été dit, et tant que cette mortalité n'arrivera pas à zéro, nous devrons nous efforcer d'arracher à cette maladie *évitable* ses derniers secrets, étudiant dans leurs moindres détails les moyens de lutte déjà connus, et nous efforçant surtout d'obtenir un traitement direct et rationnel, qui n'existe pas encore au point de vue pratique, les sérums inventés jusqu'à ce jour ne donnant que des résultats inconstants, et dont les succès publics sont aussi rares que peu prouvés.

D'autres raisons m'ont amené à vous faire ce rapport. Il n'y a pas bien longtemps que, sur une question que je crois jugée, de vives discussions ont eu lieu entre de brillants accoucheurs français. Les champions du curettage et les défenseurs du curage ont renouvelé les luttes d'il y a vingt ans, sans apporter malheureusement de nouveaux arguments ou d'inébranlables pièces de conviction. Ce fait démontre qu'il y a avantage à bien fixer les indications de chacun des moyens que la pratique des maîtres a mis entre nos mains, et qui bien souvent

---

(1) Rapport au IIIe Congrès médical latino-américain (sous-section d'obstétrique et gynécologie), tenu à Montevideo les 17-24 mars 1907.

sont employés sans la précision et l'opportunité désirables. Je n'ai pas la prétention de vous éblouir avec des découvertes ; mon rôle est plus modeste. Je me contenterai de vous montrer la façon dont je conçois et j'applique le traitement contre l'infection puerpérale.

Sans méconnaître les cas bien avérés d'infection puerpérale à porte d'entrée extra-utérine, partant du fait presque constant que le point de départ habituel de cette infection est l'endométrium, je me justifierai de donner au traitement de cette *endométrite* la première place dans ce rapport.

Laissant de côté les moyens justement et définitivement condamnés, à l'heure actuelle nous disposons des suivants : *a*) injections intra-utérines ; *b*) drainage ; *c*) instillations ; *d*) écouvillonnage ; *e*) évacuation utérine : 1° manuelle, 2° instrumentale.

Injections intra-utérines. — Ce n'est pas sans raison que pendant longtemps elles ont joui d'une vogue que nous jugeons aujourd'hui excessive. Entrées dans la pratique courante à l'époque de tâtonnements, au moment où l'antisepsie commençait à être appliquée méthodiquement par les accoucheurs, elles représentaient assurément un progrès. Nous sommes loin du temps où un maître éminent faisait suivre l'accouchement eutocique d'une abondante irrigation intra-utérine. Malgré une technique scrupuleuse, entre les mains de praticiens expérimentés, elles ne présentent plus les dangers d'autrefois, mais elles s'accompagnent trop facilement d'accidents qui ne sont rien moins que négligeables.

D'abord que cherchons-nous à faire, et que faisons-nous en réalité avec les injections intra-utérines? L'antisepsie de la cavité utérine, dit-on. Les données courantes sur l'anatomie pathologique de l'endométrite puerpérale nous indiquent à quel point on se trompe en ne jugeant les injections que par les résultats favorables que l'on en obtient. La muqueuse infectée nous montre, du côté de la cavité, une zone nécrosée de caduque, plus ou moins épaisse, bien souvent des fragments de membranes ou de cotylédons, en dehors de laquelle la réaction de défense se montre sous l'apparence de l'infiltration leucocytaire. Est-ce que jamais l'antiseptique traversera cette zone pendant les quelques minutes que dure l'injection ? Et n'oublions pas que l'antiseptique doit être faible, car si celui-ci, même faible, est nuisible aux bactéries, il l'est davantage aux délicates cellules de nos tissus.

Mais il y a plus encore. Le liquide employé peut ne pas avoir d'action chimique nocive, il n'est pas moins vrai que par simple distension — et cette distension existe toujours, malgré un bon écoulement, avec un utérus flaccide comme sont les infectés — nous pouvons produire des craquelures dans la couche de défense leucocytaire. Ces solutions de continuité sont de mise si la sonde remue dans la cavité sous prétexte d'en laver tous les recoins. Voilà, à mon avis, la raison des frissons si fréquents après l'irrigation intra-utérine, et dont on ne peut s'expliquer l'apparition que par de vraies inoculations septiques, dont la portée peut être bien peu rassurante.

Cependant, on a enregistré des milliers de succès; nous avons tous guéri bien des malades avec les injections intra-utérines — j'allais presque dire malgré les injections. — Ces résultats favorables ne peuvent s'expliquer que par l'action toute mécanique du *drainage.* Ce drainage n'est que temporaire, et depuis que nous employons le vrai drainage, nous avons pu nous rendre compte, par d'instructives comparaisons, de cette action bien imparfaite des injections.

Toute notre thérapeutique doit respecter toujours la tendance à la guérison spontanée de l'infection puerpérale, qui, sauf les cas de virulence extrême, se montre presque constamment. Il ne faut pas par une intervention maladroite forcer la barrière naturelle que l'organisme oppose à l'invasion microbienne. Et c'est justement ce que l'injection fait souvent, sans que les avantages de ce moyen rachètent les inconvénients que nous avons signalés.

En résumé nous dirons que, bien qu'à un certain moment les injections intra-utérines ont donné des résultats favorables, nous avons actuellement des moyens plus sûrs pour arriver au même but. Si nous employons encore ces irrigations, ce n'est que pour enlever les débris détachés qui peuvent rester dans la cavité après l'évacuation manuelle ou instrumentale, bien que, même dans ce cas, l'écouvillonnage leur soit supérieur.

Drainage. — C'est un fait clinique avéré que les microbes exaltent leur virulence (au moins dans une première période) chaque fois que leur développement se fait dans une cavité dont l'évacuation est difficile. Cette augmentation de virulence redouble les dangers d'intoxication et de généralisation. Nous venons de vous montrer que les injections ne sont vraiment utiles que pour l'évacuation de débris cellulaires et de toxines contenus dans la cavité, à tel point que l'irrigation con-

tinue devrait être préférée, n'étaient-ce les inconvénients d'ordre pratique que leur emploi comporte. L'application de ce principe au traitement de l'endométrite puerpérale a été pour nous féconde en bons résultats. Le drainage assure l'évacuation constante avec le minimum de traumatisme et, à ce point de vue, constitue un des meilleurs moyens pour la guérison de l'endométrite « sans rétention » de débris annexiels, et même dans la forme avec rétention il est un des adjuvants utiles à l'évacuation manuelle ou instrumentale. Mais, pour obtenir du drainage tous les bénéfices que nous sommes en droit de lui demander, il faut qu'il remplisse certaines conditions.

Habituellement, les produits de désintégration de la muqueuse infectée s'accumulent dans la cavité, à la suite de déviations facilitées par la subinvolution et la mollesse de l'organe. Il faut donc que l'instrument dont nous allons nous servir ait une certaine résistance. De ce fait, nous devons laisser de côté les drains en caoutchouc rouge, à l'exception de ceux fortement vulcanisés, dont le tube de Championnière nous offre un gros modèle, excellent pour le drainage dans les fausses couches de quatre à cinq semaines. Mais nous donnons la préférence aux drains en verre ou en métal. Cependant tous les modèles ne sont pas également à recommander. Le tube de Mouchotte, par exemple, est insuffisant. L'étroitesse de l'orifice terminal n'est pas compensée par la largeur des fenêtres latérales, qui sont rapidement comblées par la muqueuse, et plus d'une fois j'ai trouvé une cavité pleine de pus derrière un tube de Mouchotte bien maintenu en place. Un simple tube cylindrique avec quelques gros trous latéraux, ouvert à son extrémité profonde à son plus grand diamètre, légèrement évasé à son extrémité vaginale, est tout ce dont nous avons besoin. Ces tubes, dont le diamètre et la longueur doivent être proportionnels aux dimensions de la cavité utérine, tiennent parfaitement en place, et il suffit d'un crin passé par un des trous pour assurer une extraction facile. Ce tube doit rester en place tant que la courbe de la température et du pouls indique la persistance de l'infection. Il suffit de l'enlever tous les deux ou trois jours pour le nettoyer et le remplacer, s'il y a lieu, par un tube de moindre calibre. Par son entremise on peut parfaitement instiller dans la cavité utérine les solutions antiseptiques usuelles, dont l'action topique, sans brutalité, n'est plus à démontrer. Les résultats que j'ai obtenus, depuis que j'emploie systématiquement le drainage, à l'exclusion des injections, ont été tellement

démonstratifs que celles-ci ont presque disparu de ma pratique.

L'indication du drainage est représentée par l'endométrite sans rétention, avec ou sans généralisation; bien entendu, dans ce cas, il ne faudra pas demander à ce moyen plus que ce qu'il peut raisonnablement donner; mais, dans les formes accompagnées de phénomènes généraux, l'évacuation massive de toxines n'est pas à dédaigner et facilite l'action des autres moyens. Il faut l'appliquer précocement, avant même l'apparition des signes d'infection, toutes les fois que, dans la marche de la période gravido-puerpérale, on a pu observer quelque chose de suspect.

INSTILLATIONS MÉDICAMENTEUSES. — Bien que le drainage remplisse à lui seul une indication capitale, j'ai trouvé qu'il y aurait avantage à modifier sur place, même en des proportions restreintes, la puissance de multiplication des bactéries qui pullulent dans les couches superficielles de la muqueuse et, avec quelques-uns des agents, soit à provoquer une leucocytose locale accentuée, soit une modification dans les caractères de la sécrétion. Après avoir essayé un certain nombre de topiques, éliminant bien entendu les caustiques à l'action brutale, tel le chlorure de zinc, laissant de côté l'eau oxygénée qui m'a donné dans quelques cas des résultats louables, je me suis arrêté à la glycérine créosotée. Cette solution joint aux propriétés de la créosote, faiblement caustique et antiseptique, l'action exosmotique de la glycérine. Cette action bien connue dans le traitement médical des annexites est tout à fait utile dans le cas qui nous occupe. Des lochies purulentes, visqueuses, coulant difficilement, des fausses membranes épaisses, se modifient rapidement. Le pus se fluidifie, ne stagne pas dans le tube de drainage, les fausses membranes se détachent, sans se reproduire dans les proportions que nous étions habitués à voir après leur ablation par la curette ou leur arrachement à la pince. Il se fait à la surface de la muqueuse une vraie saignée blanche, qui doit nécessairement faciliter l'élimination d'éléments figurés et de produits toxiques. Mais pour que nous puissions obtenir le résultat recherché, il faut abandonner l'ancienne technique d'application au moyen de tampons ou de mèches de gaze. Nous employons l'instillation, soit directement dans le tube de drainage, soit par l'intermédiaire d'un tube en verre de moindre calibre ajusté au bec d'une seringue aseptique. La quantité de glycérine créosotée à injecter est variable, de 10 à 50 centimètres cubes, selon la capacité utérine. Cette solution est injectée à basse pression, très bien

tolérée, et l'excès coule facilement par le tube de drainage. Le tube de la solution a varié de 5 à 50 p. 100, sans que je puisse affirmer que les résultats obtenus soient en rapport avec la concentration de la solution.

Depuis quelque temps j'ai essayé l'instillation du sérum de cheval surchauffé, moyen leucocytogène dont l'action générale sera étudiée plus loin. Le petit nombre de cas traités m'empêche de vous donner mon opinion définitive. En tout cas c'est un moyen dont l'action ne peut être que favorable. Une expérimentation prolongée nous renseignera sur l'utilité de ce nouveau moyen de lutte.

Écouvillonnage. — Proposé il y a quelque vingt ans par Doléris, l'emploi des écouvillons dans le traitement de l'endométrite n'a pas été détroné jusqu'à présent. C'est que l'écouvillonnage est un petit moyen qui se place naturellement entre les procédés agressifs pour la muqueuse, tels que le curettage, et les simples topiques. L'action toute superficielle des crins de l'écouvillon permet l'abrasion des débris muqueux sphacélés, qui ne tiennent que très légèrement aux tissus sous-jacents et dont l'élimination accélère la guérison spontanée, sans qu'une intervention, qui malgré nos soins peut être excessive, ouvre une brèche dans la zone de défense phagocytaire. Je considère l'écouvillon, un instrument précieux pour enlever les débris de membranes dans les délivrances incomplètes, soit prophylactiquement dans les cas douteux (fœtus mort), soit dans un but curatif dans l'endométrite confirmée. Même après le curettage instrumental, à une époque où, praticien tâtonnant, je craignais de faire un toucher intra-utérin, il m'est arrivé d'enlever des gros fragments de placenta, libres dans la cavité et qui avaient échappé aux recherches de la curette.

Cependant, et depuis quelque temps, j'ai restreint l'emploi de l'écouvillon aux cas où l'observation me donne la certitude de l'existence de restes ovulaires, par constatation directe au moyen du toucher digital, ou bien comme temps préparatoire au curettage instrumental, surtout dans les rétentions simplement membraneuses après le 4e mois. Pour l'extraction des restes placentaires après le 3e mois ou choriaux dans les trois premiers, je considère l'écouvillonnage insuffisant, inférieur au doigt dans le premier groupe, à la curette dans le second.

Évacuation utérine. — De propos délibéré j'emploie cette expression, pour bien marquer la manière dont je conçois l'emploi de ce moyen précieux de combattre l'endométrite puerpérale. Je veux bien

spécifier qu'à mon avis, même dans ces derniers temps, on a donné trop d'importance aux moyens d'intervenir, laissant de côté les indications de l'intervention. Sous prétexte de défendre l'intervention manuelle ou instrumentale, on a oublié la question principale, la vraie indication de ces deux moyens qui se complètent, sans jamais se supplanter. Il me semble bien plus clinique de s'entendre sur l'opportunité de l'opération, les moyens de remplir l'indication sont secondaires.

Eh bien, faut-il curetter tous les utérus infectés? Faut-il promener les doigts, gantés ou non, sur une muqueuse qui ne demande qu'à se défendre toute seule? Laisserons-nous dans l'utérus des fragments de placenta, attendant patiemment les résultats de la rétention, infection ou hémorragie?

L'analyse du processus anatomo-pathologique, l'observation clinique, de son côté, nous montrent deux formes bien arrêtées, faciles habituellement à diagnostiquer, et dont le diagnostic douteux doit profiter aux moyens qui brusquent le moins l'évolution naturelle de la maladie. *Primum non nocere*, est toujours vrai.

Mais, pour que ce diagnostic puisse se faire et d'une façon précoce, il ne faut pas craindre ce toucher intra-utérin, qui devrait être la règle, et qui, même en des traités récents, est considéré comme exceptionnel.

Il faut d'abord distinguer deux séries de cas. Dans un premier groupe nous trouvons les femmes dont nous avons surveillé la délivrance. Dans ce cas, peu de doutes dansnotre esprit, les annexes fœtales étaient ou n'étaient pas complètes, le diagnostic s'impose même en l'absence d'une exploration digitale. Ce sont ces femmes qui, dans le cas de rétention, devront subir l'évacuation *avant* l'apparition des signes d'infection. Plus d'une phlébite, pas mal d'annexites n'ont pas d'autre origine que la persistance de débris, cause d'une endométrite que seul l'enregistrement méticuleux de la température rectale et du pouls peut déceler, tellement sont insignifiants les symptômes. Attendre l'apparition de l'infection est vraiment faire preuve non de courage, mais de belle audace imprévoyante.

Dans une autre catégorie, nous ne sommes renseignés qu'imparfaitement ou pas du tout sur les conditions de la délivrance. C'est là qu'apparaît l'avantage de l'exploration digitale, pour fournir un point d'appui à la conduite à suivre. Tout dernièrement, deux de mes anciens élèves me faisaient l'honneur de demander mon avis au sujet d'une de leurs malades, infectée après une fausse couche. Tous deux, avec force

arguments, défendaient le pour et le contre d'une intervention. Je fis le toucher intra-utérin et constatai un reste placentaire de la grosseur d'une noix, implanté vers la corne gauche. La question était jugée, l'évacuation fut faite, et la malade guérit. Ce fait banal et d'observation courante justifie ma pratique et mon enseignement. Dans un autre ordre de faits je conserve le poignant souvenir de la jeune femme d'un confrère, curettée coup sur coup trois fois, et qui vit transformer son endométrite simple post-abortive en une vraie septicémie, qui l'emporta après un mois de souffrances.

Il est bien vrai que nous avons guéri des infections puerpérales par le curettage, mais fera-t-on jamais la statistique des femmes qui sont mortes et qui auraient pu guérir sans l'intervention qui a hâté la généralisation?

Quelle sera donc notre conduite? Tant que l'utérus contient quoi que ce soit, un débris quelconque de ce qui doit sortir dans la délivrance normale, l'évacuation est indiquée. Caillots, membranes, placenta, débris choriaux des huit premières semaines, si nous les trouvons dans la cavité utérine, libres ou adhérents, ils doivent être enlevés. Nous verrons tout à l'heure quels seront les moyens à employer. Mais si l'anamnèse, l'inspection des annexes fœtales ou l'observation directe nous montrent la cavité vide et que seule la caduque soit infectée ou plutôt ses restes, dirai-je, physiologiques, il ne faut pas toucher à cet utérus. Quelle raison avons-nous pour traiter cette plaie, cette « blessure »selon Bumm, avec une technique autre que celle que nous employons pour toute autre blessure que nous trouverons partout ailleurs? Est-ce que par hasard nous curettons, grattons ou cautérisons les plaies infectées mais bourgeonnantes ? Ce qui est une hérésie chirurgicale pour une plaie du bras ne peut pas être de l'orthodoxie pure pour l'utérus. Respectons le processus de défense naturelle, facilitons-le en assurant le drainage parfait, ne brisons pas, sous prétexte de brusquer l'évolution, la barrière leucocytaire qui nous donne la mesure de la résistance organique; provoquons, si nous le pouvons, la leucocytose salutaire, et, bien que moins brillante, notre conduite sera plus profitable à nos malades qui ne demandent qu'à guérir avec le minimum de danger.

Passer outre ces principes fondamentaux, c'est faire table rase de tout ce qui fait loi en chirurgie générale, et c'est surtout charger les statistiques de cas de septicémie que trop volontiers on mettra sur le compte de la virulence ou de la masse des microbes pathogènes.

Nous allons maintenant discuter les moyens d'assurer l'évacuation utérine. Nous n'allons pas répéter les arguments un peu vieillots des partisans du doigt et de la curette. Tout ce qui a été dit a sa part de vérité, et c'est pour cela que je disais en commençant que ces deux moyens se complètent sans se supplanter. Pour ne pas allonger démesurément ce rapport, je dirai en peu de mots la conduite que je suis habituellement. J'emploie le doigt ou la main d'abord dans un but diagnostique, pour me renseigner sur la topographie des débris. J'enlève au doigt les placentas adhérents en totalité sur lesquels j'ai vu la curette glisser sans les entamer, ou, ce qui est bien pire, provoquer un faux « cri utérin ». Je fais également l'extraction digitale des caillots adhérents ou non à la paroi et qui échappent à la curette qui les déplace dans la cavité, où ils restent comme le grain de plomb dans un grelot. Le doigt est aussi utile pour détacher un petit œuf infecté mais intact, dont une pince achève doucement le passage cervical.

Je réserve la curette : 1° pour l'extraction des débris choriaux des 6 ou 8 premières semaines, 2° pour les membranes adhérentes qui, à demi détachées par la curette, sortent entortillées dans les crins de l'écouvillon ; 3° pour les petits débris placentaires, souvent fort adhérents qui ont résisté au doigt.

L'emploi de la curette ne va pas sans inconvénients ni dangers, qui ont été maintes fois signalés et dont je ne vais pas discuter la réalité. Une pratique de plus de dix ans sans accidents graves me permet d'affirmer que, maniée avec prudence, sans chercher à sentir le dangereux cri utérin, la curette est un instrument qui doit être conservé et employé quand l'indication se présente.

Mais j'insiste sur ce fait : il faut toujours que la curette agisse sous le contrôle du doigt ; avant et après son application le toucher utérin doit être fait. C'est seulement en suivant cette technique qu'on ne laissera pas des restes ou même un placenta complet, prêtant ainsi main-forte aux détracteurs de la curette.

Indication précise, technique rigoureuse, opérateur prudent et avisé : voilà les conditions requises pour faire du curettage un moyen précieux, et qui n'a dû une passagère déconsidération qu'à l'oubli et au mépris de l'opportunité de son application.

Je viens de vous signaler les moyens actuellement en usage contre l'endométrite puerpérale, leur application rigoureuse et précoce

donne des résultats remarquables. Mais pour que nous soyons en état de tabler sur eux notre sécurité, il faut absolument que la localisation endométriale n'ait pas été dépassée. La barrière de défense organique une fois rompue, nous sommes en présence de deux grandes formes cliniques, dont la connaissance est absolument nécessaire pour diriger notre conduite thérapeutique.

D'une part nous avons la forme septicémique pure, dans laquelle les localisations n'existent pas, ou tout au moins échappent à nos moyens actuels d'investigation. Dans un deuxième type, le syndrome septicémique s'accompagne de localisations accessibles, utérines ou extra-utérines.

Le traitement de la septicémie pure nous amènerait à discuter longuement ou pis encor à répéter tout ce qui a été dit sur cette question. Je préfère m'en tenir au côté pratique.

Un seul traitement serait vraiment rationnel : la sérothérapie spécifique. Je ne passerai pas en revue tous les sérums inventés et essayés, depuis celui de Marmorek jusqu'au sérum de Paltauf. Les résultats favorables que l'on obtient de temps en temps ne permettent pas d'assurer que, dans les guérisons qui leur sont attribuées, il n'y ait pas à accorder une large part aux autres moyens mis en œuvre.

Le défaut capital des sérums proposés jusqu'à ce jour est de ne pas tenir compte de la pluralité des formules bactériologiques de l'infection puerpérale. S'il est vrai que souvent le streptocoque peut être incriminé, le nombre croissant d'infections causées par d'autres microbes aérobies ou anaérobies doit nous mettre en garde contre un sérum (quel que soit son nom) qui non seulement ne peut être utile que contre le streptocoque, mais qui quelquefois est préparé avec un streptocoque qui n'est peut-être pas identique à celui de l'infection puerpérale.

Cependant, c'est dans une sérothérapie rationnelle et adaptée à chaque cas que nous entrevoyons le triomphe final. Il est nécessaire que nous ayons aussi en main le moyen commode et rapide de permettre au praticien un diagnostic bactériologique, tel que nous le faisons actuellement pour la diphtérie.

Mais si nous n'avons pas un traitement sérothérapique rationnel et efficace, nous ne sommes pas si désarmé que nous abandonnions la lutte. Parmi les moyens bien connus pour soutenir les malades et leur permettre de prolonger la résistance contre l'infection, je vous en signa-

lerai deux, qui m'ont donné des succès encourageants. Je veux parler des bains froids et des injections sous-cutanées de sérum de cheval surchauffé selon la méthode Petit.

L'emploi de l'eau froide contre l'hyperthermie des septicémiques constitue à mon avis un moyen de tout premier ordre. Soit sous forme de bains progressivement refroidis de 34 à 25 degrés, soit appliquée en enveloppements froids, l'action de l'eau froide se manifeste d'une façon aussi utile que dans la fièvre typhoïde. Si l'hydrothérapie ne guérit pas la septicémie, elle permet aux malades de lutter et d'atteindre quelquefois la victoire. Je ne connais pas d'autres contre-indications formelles que celles que nous trouvons dans la fièvre typhoïde.

Les injections de sérum chauffé produisent une leucocytose intense que j'ai vu manquer rarement et qui souvent atteint des chiffres élevés, (4.500 à 25.000 dans 24 heures, cas personnel). Cette leucocytose — dont je n'ai pas pu, pour manque de matériel méthodiquement obtenu, étudier la marche — est éminemment favorable et, jusqu'à ce moment, je n'ai eu qu'à me louer de l'emploi de ces injections. Le sérum est injecté à la dose de 10 à 20 centimètres cubes chaque 2 ou 3 jours selon la marche de la maladie. Quelquefois j'ai vu une élévation passagère de la température suivre son emploi, mais cette hyperthermie n'a aucune importance clinique. Depuis que j'emploie le sérum chauffé, j'ai abandonné la provocation d'abcès à la Fochier.

Je veux surtout vous indiquer comme dangereux, dans la forme septicémique pure, l'emploi des opérations radicales. Je n'ai jamais vu guérir les femmes que l'on a hystérectomisées, et dont l'utérus petit, rétracté, n'était que le premier repaire bientôt abandonné par les microbes pathogènes. Cette abstention, bien contraire aux habitudes de quelques écoles chirurgicales, n'est, à mon avis, que la bonne et saine clinique.

A côté de cette forme qui réalise le type classique de la septicémie, nous avons une autre variété, dans laquelle, bien qu'il y ait des signes évidents d'infection générale, l'exploration soigneuse et méthodique permet de trouver un foyer localisé, plus ou moins accessible, mais dont l'existence justifie certaines interventions, qui, bien conduites, ont donné et donneront à l'avenir des succès encourageants.

Je passerai en revue, bien sommairement, les types que j'ai le plus souvent rencontrés, indiquant la conduite que je considère bonne à suivre, laissant de côté certaines formes rares (psychoses, polynévrites, etc.), dont l'étude allongerait inutilement ce rapport.

Métrite, abcès de l'utérus. — J'emploie de propos délibéré le mot métrite, pour bien spécifier la lésion. Il s'agit de localisations parenchymateuses, quel que soit leur siège (lymphatiques, veines), avec ou sans formation d'abcès circonscrits. Ces cas dont le diagnostic est souvent très difficile, caractérisés surtout par un utérus gros, douloureux, aux contours empâtés, avec sécrétion peu abondante ou minime, donnent un sérieux argument aux interventionnistes. Cette métrite, ces abcès dont la marche subaiguë permet la mise en œuvre de tous les moyens connus, est peut-être une des rares occasions de faire l'hystérectomie. C'est un foyer évident dont l'ablation s'impose, et si je m'en rapporte à mon expérience personnelle et à la littérature médicale, si bien étudiée dans la thèse récente de Salva Mercadé, les résultats obtenus sont tout à fait en faveur de l'opération radicale.

Péritonite puerpérale. — Je réserve cette dénomination à l'infection localisée ou diffuse de la séreuse péritonéale, sans lésions importantes des annexes. La péritonite se manifeste sous deux aspects bien différents. Dans une première forme, l'infection, brutale, sidérante, calque pour ainsi dire ses signes sur ceux bien connus de la septicémie péritonéale post-opératoire. Pouls incomptable, hypothermie, facies grippé, ballonnement énorme, abdomen peu ou pas douloureux, euphorie trompeuse, hoquet : voilà le complexus clinique. L'intoxication est massive et l'état de la malade devient trop rapidement menaçant pour que l'on puisse compter sur les résultats d'une intervention. En effet, bien rarement, j'ai vu ces malades survivre, et les quelques cas dont la durée a permis de lutter avec succès sont ceux qui ont évolué vers la forme classique inflammatoire ou vers la localisation précoce. Dans les cas indiqués, le relèvement de l'état général par les moyens habituels, la production d'une leucocytose de défense (sérum de cheval), c'est tout ce que nous pouvons utilement mettre en œuvre. Le sérum de cheval m'a donné un beau succès dans un cas observé avec mon collègue le professeur Pouey.

Cette malade, dont la septicémie péritonéale subaiguë, qui suivit rapidement l'accouchement, eut pour origine une infection amniotique, ne dut son salut, si nous devons en juger par la marche de la maladie et par l'évolution de la formule leucocytaire, qu'à l'emploi du sérum indiqué.

A côté de cette forme et bien plus fréquemment, nous avons observé la forme classique, dont la description n'est pas à faire. Si la péritonite

est diffuse, la laparotomie précoce et incisions multiples, le lavage prudent avec la solution isotonique de chlorure de sodium, le drainage avec de gros tubes plongés en différentes directions ou seulement dans les foyers purulents accessibles, les instillations péritonéales de sérum de cheval, représentent la conduite plus sagement active, et ses non-résultats doivent se multiplier dans un avenir prochain. Je trouve la colpotomie, l'ouverture du Douglas insuffisante quand la grande séreuse est prise. Je la trouve convenable pour aider au grand drainage et surtout indiquée dans les péritonites pelviennes. Dans les formes circonscrites, à marche plus lente, qui permet de compter sur des malades moins intoxiquées ou plutôt mieux défendues, la seule intervention à faire est toujours la laparotomie médiane, latérale ou vaginale, l'ouverture et l'ample drainage du foyer. Les opérations radicales ont donné, jusqu'à présent, un pourcentage trop élevé de mortalité.

Cellulite pelvienne, abcès du ligament large, abcès de la gaine hypogastrique, paramétrite suppurée. — Dans ces formes si fréquentes, l'intervention de choix est toujours l'ouverture précoce et le drainage par la voie vaginale, exceptionnellement par l'abdomen. Il est bien entendu que dans ces formes localisées nous ne nous déciderons à l'opération qu'autant que l'observation suivie de la malade et l'échec d'une thérapeutique moins radicale, ainsi que la persistance des phénomènes généraux, auront démontré l'impuissance des moyens employés. Il ne faut pas oublier la tendance à la régression qu'ont souvent ces localisations, ni se cantonner dans une thérapeutique timide et pour cela même dangereuse. Seule l'expérience clinique permet de choisir le moment décisif.

Annexites puerpérales. — Assez fréquemment ces localisations s'établissent sournoisement après un post-partum légèrement infectieux; pour ma part, j'ai vu très rarement une localisation précoce et gravement infectante commander une intervention. Bien souvent, au milieu de masses circum-utérines suppurées, les annexes ne présentaient pas de lésions assez profondes pour exiger leur ablation. Cependant le fait se rencontre et c'est seulement devant ces lésions destructives (pyosalpinx, abcès de l'ovaire), que l'on peut se laisser aller aux opérations radicales. N'oublions pas qu'il s'agit de femmes en pleine vigueur génitale, et notre devoir est de sauvegarder les intérêts de la malade sans négliger ceux de l'espèce. Sauf les cas de lésions bas situées — éventualité rare après le 7e mois de grossesse — l'intervention de choix

doit être la laparotomie. Au point de vue de la conservation de la sangle musculaire abdominale, dans toutes ces laparotomies pour lésions circonscrites et dans les cas où on peut se passer de drainage, l'incision transversale de Pfannestiel doit être préférée comme donnant des sérieuses garanties contre l'éventration consécutive. Le grand danger de ces interventions réside dans la contamination de la grande séreuse, une technique soigneuse diminue les risques par la protection et l'isolement du champ opératoire.

Quelquefois les lésions sont si complexes et si étendues, quoique localisées à la moitié inférieure de la cavité abdominale et aux organes pelviens, que la voie haute est trop dangereuse, vu la virulence excessive de ces lésions. Pour ces cas, l'hystérectomie vaginale recouvre ses droits, elle permet « d'enlever la bonde », sans risquer de crever le *toit* de fausses membranes qui isole la grande cavité péritonéale des lésions génitales, et permet à la fois un drainage facile par la brèche ouverte après l'ablation de l'utérus et éventuellement des annexes.

Phlébite utérine, phlébite pelvienne. — Un certain nombre des cas qui pourraient être compris sous cette rubrique correspond aux abcès de l'utérus. Je veux m'occuper seulement des phlébites progressives, oblitérantes, dont la tendance à la suppuration est nulle ou très peu marquée. Cette forme, dont la fréquence en Uruguay a augmenté en raison inverse de la diminution des grandes infections puerpérales, est souvent intéressante au point de vue du diagnostic précoce. Je craindrais de sortir du cadre de ce rapport en insistant sur les signes décrits récemment, dont l'importance, pour prévenir l'embolie pulmonaire mortelle, est tout à fait capitale. Le signe de Maler, pouls à échelons, la marche sournoise de la température (petites élévations rectales et apyrexie cutanée) sont suffisants pour nous mettre en garde, et si souvent ils ne nous permettent pas d'éviter la phlébite des membres inférieurs, ils appellent notre attention sur le processus obscur qui se passe du côté des vaisseaux profonds.

Une fois la phlébite constituée, le traitement classique — repos, immobilisation, — s'impose. Seulement, il faut s'entendre sur ce point. Bien fréquemment j'ai vu les signes de phlébite, les œdèmes surtout, durer indéfiniment, l'impotence fonctionnelle, les raideurs musculaires, les rétractions tendineuses s'éterniser, au grand détriment de la santé des malades.

Je suis convaincu que l'immobilisation prolongée immodérément, la

crainte fâcheuse de la fragmentation du thrombus, est la cause de ces vraies infirmités dont la portée pratique est grande.

Pour ma part, je ne conseille l'immobilité qu'autant que je crois la phlébite en activité. Aussitôt que la courbe du pouls et de la température me montre l'infection éteinte, 10 à 15 jours après la dernière ascension thermique — si minime qu'elle soit — je commence la mobilisation segmentaire et le massage méthodique, d'après les règles si exactement posées par le docteur Vaquez. Ces manœuvres discrètes et prudentes m'ont fait raccourcir considérablement la période de confinement au lit, et d'autoriser souvent la marche vers le 30e, 35e ou 40e jour après le début de la phlébite, même double.

Je donne la plus grande importance au traitement consécutif: suppression du bas élastique, compression du membre avec la bande en crêpe Velpeau, éventuellement, surtout dans les cas de phlébalgie, l'électricité. Ces règles thérapeutiques, dont j'ai fait bénéficier une vingtaine de malades, m'ont permis de constater, par comparaison avec les résultats antérieurs, combien ce traitement est supérieur aux anciens errements.

Pyohémie puerpérale. — Intimement liée à certaines formes de phlébite envahissante, cette terrible modalité de généralisation de l'infection puerpérale est presque toujours au-dessus des moyens de lutte. Sauf les cas rares où un foyer accessible permet l'évacuation du pus, d'autres localisations successives bien souvent inaccessibles rendent nuls nos efforts.

Dernièrement, une méthode aussi rationnelle qu'audacieuse conseille d'aller chercher les veines atteintes, tout à fait au début de l'infection, quand l'étape pelvienne n'a pas été dépassée, pour faire, de propos délibéré, leur ligature et même leur excision. Un petit nombre de cas, dus à Döderlein, Bumm, Trendelenburg, a fourni quelques succès. Les difficultés d'un diagnostic précoce rendront au moins pendant quelque temps cette opération peu fréquente. Au point de vue théorique, elle remplit une indication bien nette ; l'avenir nous dira ce que nous devons en penser.

CONCLUSIONS

1° Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitement rationnel, direct, pratique de l'infection puerpérale;



2° Il y a un ensemble de moyens, soit à action locale, soit à réaction générale, qui assurent le succès dans un grand nombre de cas;

3° Les chances de succès dépendent de la découverte précoce de la localisation primitive, suivie d'une intervention locale opportune, non violente et bien réglée ;

4° L'évacuation utérine est indiquée toutes les fois que l'utérus contient quelque chose, que ce soit des caillots, des membranes, du placenta. Cette évacuation doit être cliniquement complète. L'emploi des instruments doit se faire toujours sous le contrôle du doigt;

5° Les injections intra-utérines doivent être remplacées avec avantage par le drainage et les instillations ;

6° Les localisations extra-utérines de l'infection puerpérale doivent être dépistées et traitées précocement, n'oubliant pas la tendance fréquente à la résolution. Les opérations seront donc considérées comme l'exception.

ATRÉSIE CONGÉNITALE DES DEUX TROMPES[1]

Par M. DOLÉRIS.

Mme X... est une Française de 28 ans, grande, bien développée, habitant les pays chauds, et d'une santé générale assez bonne, quoique son foie, semble-t-il, ait eu à souffrir pendant les premières années de son séjour en pays étranger. Réglée à 14 ans d'une façon irrégulière, mais sans douleur et sans périodes marquées de réelle aménorrhée. On peut dire que, comme abondance et comme durée (4 jours) aussi bien que comme qualité du sang, ces irrégularités si communes dans l'adolescence n'avaient aucun caractère réellement anormal.

Mariée une première fois, en 1903, elle voit sa menstruation prendre une allure tout à fait normale. Aucune douleur. Mme X... reste cependant stérile. Jamais d'apparence de conception ni de symptômes d'avortement ovulaire précoce.

Devenue veuve à la fin de 1904, elle se remarie. Les conditions physiologiques habituelles persistent du côté de la menstruation. Il y a des douleurs pelvi-abdominales parfois assez vives.

La stérilité persistante, pendant ce second mariage, décide la malade à venir en France; elle me consulte au mois de mars 1906.

Je constate par l'examen l'existence d'un utérus rétroversé. En lui-même l'organe est bien développé et de dimensions suffisantes : 7 centimètres à l'hystéromètre.

Les annexes paraissent légèrement augmentées de volume surtout à gauche, et prolabées. A droite, l'ovaire, déplacé et déjeté en bas vers le plancher pelvien, est assez volumineux; mais il faut dire que les époques sont proches.

L'orifice utérin est régulier, le col présente un certain degré de conicité.

Pour toutes ces raisons, une opération fut décidée, dans le but de rétablir l'attitude normale de l'utérus et de pratiquer, sur les annexes, le maximum du traitement conservateur.

L'intervention eut lieu cinq mois environ plus tard, après que Mme X... eut bénéficié largement du séjour en Europe.

Le 30 août, je pratiquai la laparotomie.

La trompe gauche, siège d'une malformation, d'ailleurs oblitérée par place par des agrégats solides et impropre à subir une restauration utile, fut réséquée. Les annexes droites durent être réséquées également, en raison des lésions singulières dont la trompe était le siège.

(1) Communication faite à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris le 10 juin 1907.

L'utérus fut dégagé de quelques adhérences et fixé en position normale par ses ligaments ronds. Cette dernière partie de l'opération n'avait d'autre objet, étant donné l'impossibilité de conserver les annexes, que d'éviter les adhérences post-opératoires qui se seraient reproduites entre la face postérieure de l'utérus et la paroi pelvienne, toutes deux cruentées par la destruction des adhérences.

Suites normales.

Examen macroscopique des pièces.

La trompe gauche, longue de 11 centimètres, examinée *dans son ensemble*, est légèrement augmentée de volume; sa surface est lisse et libre de toute adhérence.

Le tiers interne, juxta-utérin, de l'organe est régulièrement cylindrique : son diamètre est de 1 centimètre; ses parois sont fermes et, sur une coupe perpendiculaire à l'axe, la tunique musculaire paraît sensiblement épaissie.

A 3 centimètres et demi de la corne utérine, le cordon cylindrique constitué par la trompe se rétrécit *brusquement* et diminue de volume de près des deux tiers. Ses parois sont très amincies : prises entre la pulpe du pouce et de l'index, elles donnent une sensation de mollesse qui contraste avec la fermeté du segment juxta-utérin de l'organe. En ce point, la lumière du conduit tubaire est très rétrécie et difficilement perceptible.

A ce segment rétréci, dont la longueur est de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, fait immédiatement suite un renflement du volume d'une grosse noisette. La paroi en est très mince et laisse voir par transparence un contenu solide blanc jaunâtre clair. En incisant ce renflement, constitué par une dilatation du canal tubaire, on voit sourdre, par l'orifice ainsi pratiqué, une matière onctueuse, jaune serin, brillante et épaisse, dont la consistance rappelle celle de la matière sébacée. L'examen microscopique montre qu'il s'agit en effet de magma sébacé, graisse et épithélium intimement mélangés sans trace d'autres éléments.

De ce renflement jusqu'à son extrémité ovarienne, la trompe reprend un volume et un aspect sensiblement normaux. Les franges du pavillon sont très étalées : quelques-unes présentent à leur face externe, tout près de leur insertion à la trompe, de petits kystes, gros comme une tête d'épingle, à contenu séreux.

La trompe droite, longue de 10 centimètres, présente, elle aussi, une surface lisse, régulière, sans aucune espèce d'adhérences.

A 2 centimètres et demi de la corne utérine, elle s'amincit *brusquement* sur une étendue de 3 centimètres. Cet amincissement, beaucoup plus accusé que celui de la trompe gauche, est tel que l'oviducte semble complètement disparu : on n'aperçoit plus en ce point que les deux feuillets de l'aileron supérieur du ligament large accolés et soulevés en un repli falciforme, effilé et tranchant.

Macroscopiquement, on ne trouve aucune trace de cordon fibreux ou autre dans cette partie du mésosalpinx.

Dans toute sa portion externe, la trompe reprend des dimensions et un aspect normaux.

Sur la corne utérine, un peu en arrière de l'insertion de la trompe, petit fibrome.

L'ovaire droit, gros comme un œuf de pigeon, est de consistance ferme. Il présente, au voisinage de son pôle inférieur, une cavité de la grosseur d'un pois, à contenu franchement hématique.

ATRÉSIE CONGÉNITALE DE LA TROMPE GAUCHE [1]

Par M. LEJARS.

J'ai observé, en 1905, un cas d'atrésie congénitale de la trompe gauche, avec atrophie de la moitié correspondante de l'utérus, dont voici les détails :

Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, bien réglée, mais qui souffrait, depuis un an et demi, de douleurs pelviennes croissantes et qui avait eu plusieurs crises de pelvi-péritonite fébrile. On trouvait, à l'examen, une grosse masse annexielle droite, tendue, pseudo-fluctuante, très peu mobile, douloureuse, et qui présentait tous les caractères d'un pyosalpinx. Je fis la laparotomie le 9 mars 1905 : je découvris effectivement, à droite, une grosse tumeur, adhérente à l'épiploon et au fond de l'utérus, formée d'un pyosalpinx et d'un volumineux ovaire kystique; je le libérai, puis j'allai inspecter le côté gauche. Je m'aperçus alors que, de ce côté, la corne utérine manquait : du bord utérin, au niveau de l'isthme, se détachait une sorte de bride, d'apparence fibreuse, qui remontait en haut et en dehors, et, finalement, très haut, aboutissait à un petit pavillon tubaire, auquel était accolé un ovaire microkystique, lui-même de volume réduit. J'enlevai alors le tout, et je pratiquai l'hystérectomie totale. La malade guérit sans incident et quitta mon service le 29 mars.

La figure ci-contre (fig. 1) montre l'ensemble de l'appareil utéro-ovarien, tel qu'il se présentait.

M. Magitot, alors mon interne, se livra à une étude histologique très complète de la bride tubaire, et voici la note qui résume ses observations.

La coupe du cordon fibreux a passé par trois points différents :

1° A l'extrémité voisine de l'ovaire, et d'apparence un peu frangée;

2° Un peu plus bas, en plein cordon fibreux;

3° Enfin plus bas encore, dans la partie toute voisine de l'utérus.

1° L'extrémité frangée a été coupée transversalement et longitudinalement. La coupe dessinée figure 2 montre une de ces dernières :

(1) Communication faite à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris le 10 juin 1907.



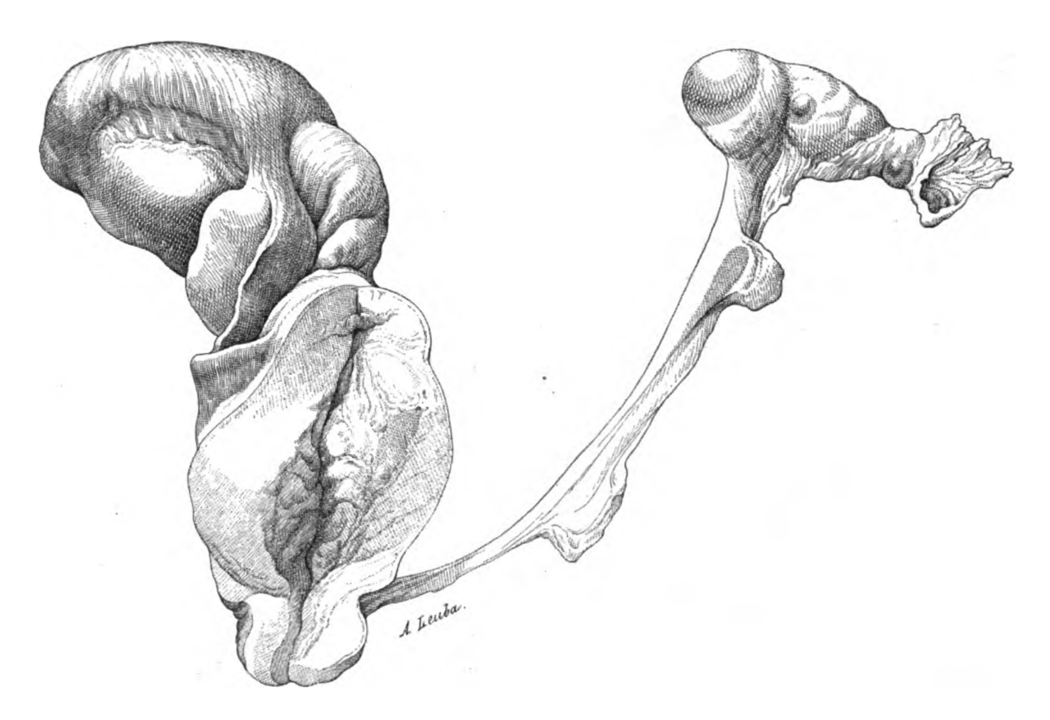


Fig. 1. — Atrésie congénitale de la trompe gauche.



Fig. 2. — Coupe au niveau de l'extrémité frangée.

l'aspect général, à un faible grossissement, représente absolument celui du pavillon tubaire, que cette portion représente : mêmes franges villeuses, même muqueuse et même structure centrale, conjonctive et vasculaire. Cependant les coupes transversales n'ont permis de reconnaître aucune lumière dans les points examinés.

La muqueuse est recouverte d'un épithélium cilié typique, comme on peut le voir dans le second dessin, celui de droite de la figure 2.

2° Dans le second segment examiné, les coupes ont passé à environ un demi-centimètre au-dessous des replis frangés précédemment

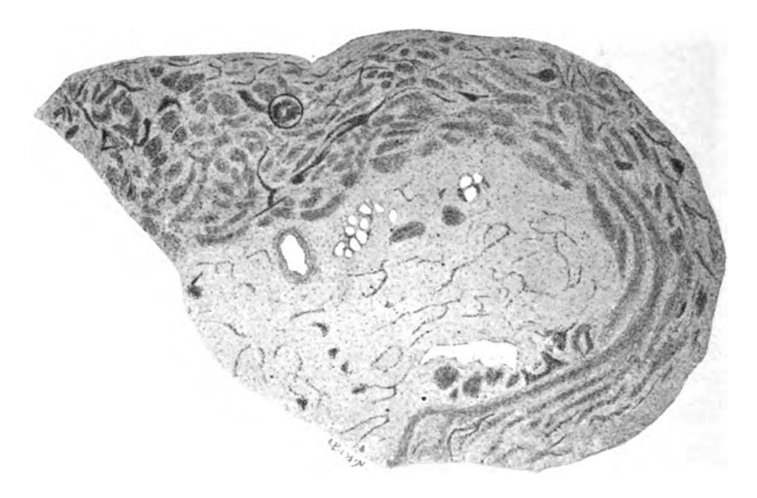


Fig. 3. — Coupe au niveau de la partie externe du cordon fibreux.

décrits. Après fixation dans la liqueur de Bouin, cette partie fut traitée par congélation et coloration à l'hématéine-éosine. Vues à un grossissement faible (fig. 3), les coupes présentent deux plans assez distincts qui rappellent la structure du ligament large : au centre, du tissu conjonctif et des vaisseaux; à la périphérie, des faisceaux musculaires lisses, coupés transversalement.

Parmi ces faisceaux musculaires, on remarque de nombreuses artérioles et veinules. Cependant, en un point représenté à gauche (fig. 3), on relève la lumière d'un conduit, qu'au premier abord on peut prendre pour un vaisseau de moyen calibre ; à un grossissement plus fort cependant (450), on constate que la lumière du canal est irrégulièrement arrondie, de 80 μ environ dans sa plus grande largeur; la paroi, un peu plus mince que celle d'une artère normale, paraît composée de deux couches. La couche périphérique est formée de fibrilles allongées de tissu conjonctif, concentrique, avec très peu de noyaux; en dehors cette

couche est envahie par des cellules embryonnaires, disposées en groupes irréguliers. La couche interne est constituée par des cellules épithéliales ; ces cellules sont, en un point, accolées en syncytium les unes aux autres ; ailleurs, nettement séparées, elles sont hautes, allongées perpendiculairement à l'axe du canal. Leur base d'implantation sur la couche externe est très peu nette. Elles renferment un protoplasma clair, bien teinté par l'éosine ; elles mesurent environ 6 μ de hauteur ; leur noyau est gros, allongé dans l'axe de la cellule, foncé, bien teinté par les réactifs. Malheureusement, la coupe congelée, un



FIG. 4. — Coupe du canal tubaire persistant.

peu épaisse, ne permet pas de voir les détails de cytologie fine ; pourtant on perçoit assez bien dans l'intérieur des noyaux du réticulum fin de substance chromatique (fig. 4).

3° La troisième tranche a donné lieu à deux séries de coupes à des hauteurs différentes ; ici, nous retrouvons la même structure générale que dans la coupe dessinée figure 2 ; mais, malgré des examens réitérés, il a été impossible de retrouver, soit le canal décrit précédemment, soit un reste de ce canal, soit même un groupe de cellules embryonnaires indiquant sa place primitive.

En résumé, le pavillon tubaire existait, le canal tubaire se retrouvait, à l'état de trace, jusque vers la partie moyenne du cordon fibreux, il manquait totalement au voisinage de l'utérus ; l'utérus était unicorne et réduit à sa moitié droite.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — MORT DU FŒTUS AU 5e MOIS. — SPHACÈLE DU KYSTE ET DE SON CONTENU. — EXTIRPATION TOTALE. — GUÉRISON [1]

Par MM. **AUDEBERT** et **DIEULAFÉ** (de Toulouse).

Nous avons eu l'occasion d'examiner récemment et d'opérer à la Clinique d'accouchements une femme atteinte de grossesse extra-utérine. Plusieurs points de cette observation, en ce qui concerne particulièrement le diagnostic et le manuel opératoire, sont assez intéressants pour qu'on nous permette de la relater en détail.

Obs. (année 1907). — Mme X..., secondipare, âgée de 30 ans, vient se faire examiner à la Clinique le 2 mars 1907.

Réglée à 17 ans, et depuis lors de façon irrégulière, elle a accouché chez elle, il y a quatre ans, d'une fille. L'accouchement n'a présenté rien d'anormal et a même marché assez rapidement. Elle a nourri son enfant pendant un an et demi, a vu ses règles revenir dès le premier mois et a toujours été réglée depuis cette époque.

Vers la fin d'août 1906, il y a une absence de règles, que la malade attribue à un début de grossesse; elle ne s'en préoccupe pas outre mesure.

Mais un mois après, vers la fin de septembre, elle ressent des douleurs très violentes du côté de l'hypogastre, douleurs remontant au niveau des reins. Le ventre est peu distendu. Cet état dure quelques jours et, le 3 octobre, elle perd du sang, quelques gouttes d'abord, puis des caillots. Cet écoulement, peu abondant, persiste pendant quatorze jours.

Croyant à un avortement incomplet (quoiqu'on n'ait pas trouvé parmi les caillots trace de tissus organisés), un médecin institue un traitement approprié. La malade croit se souvenir qu'à ce moment, pendant deux ou trois jours, elle a eu des picotements et une sensation de tension assez marquée du côté des seins.

Puis les pertes sanguines s'étant arrêtées, la malade reprend ses occupations, persuadée qu'elle a fait un avortement. Cependant de temps à autre, environ chaque quinze jours, elle ressent de vives douleurs dans le ventre et dans les reins, douleurs dont elle peut délimiter le point d'origine, et de durée variable (un ou deux jours).

---

(1) Communication faite à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, le 10 juin 1907.



Ces douleurs, qui lui ôtent tout repos, s'accompagnent de crises gastriques assez intenses, caractérisées surtout par des sensations de crampes et de nausées, qui font que la malade ne s'alimente presque plus; aussi elle maigrit beaucoup et assez rapidement arrive à un état de cachexie très marqué.

Nous voyons la malade le 2 mars 1907. Elle vient nous consulter, parce que la veille, dans une période de calme relatif, elle s'aperçoit quelle perd quelques gouttes de sang; quelques instants après, elle ressent des douleurs violentes, plus marquées que d'ordinaire et accompagnées de frissons et de claquements des dents. Ces douleurs, qui reviennent de façon intermittente, lui laissent cependant peu de repos et sont accrues surtout par le décubitus dorsal.

Au moment où nous examinons la malade, nous trouvons un abdomen fortement tendu, la paroi musculaire se défend, la femme semble souffrir beaucoup; après plusieurs tentatives d'examen, on réussit à faire relâcher un peu la paroi abdominale, et on trouve, par le palper, une masse dure, de consistance ligneuse et sur laquelle on ne peut déterminer aucune partie fœtale. On a la sensation d'une tumeur globuleuse et irrégulière, sensiblement plus développée à gauche, ressemblant un peu à un gros utérus fibromateux et remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

L'auscultation est négative; on perçoit seulement un bruit de souffle intense à gauche de la tumeur. Au toucher on trouve le col de l'utérus légèrement dirigé en arrière : il est un peu ramolli et, sur son orifice externe, on trouve quelques bourgeons cicatriciels semblables à de petites granulations. L'orifice du col permet à peine l'introduction de la pulpe de l'index. Ce qui frappe surtout, c'est la présence, dans les culs-de-sac gauche et antérieur, d'une tumeur ayant la même consistance, dure, ligneuse, que nous avons trouvée à la palpation. Cette masse a l'air accolée à l'utérus, immobilisée dans le petit bassin; par le palper et le toucher combinés, on ne peut parvenir à la mobiliser.

En cherchant à délimiter l'utérus, on parvient à sentir, entre la partie supérieure du col et la tumeur située dans le cul-de-sac antérieur, un léger sillon, peu marqué il est vrai.

Supposant qu'un examen si précipité, sur une malade ayant beaucoup souffert pour venir à la Clinique, ne pouvait être qu'incomplet, on décide de la laisser au repos et de l'examiner à nouveau quelques jours après.

On met la malade au dortoir (lavement évacuateur, décubitus dorsal, régime lacté). La température axillaire, prise matin et soir, reste normale. Pour calmer les douleurs abdominales violentes, on donne à la malade des pilules d'extrait thébaïque et des lavements laudanisés. Enfin, dans la soirée, les douleurs devenant de plus en plus fortes, on fait une application de glace sur le ventre. Sous l'influence de ce traitement, se produit une détente relative. Le lendemain on remplace la glace par des compresses chaudes; les douleurs ont très sensiblement diminué. On s'occupe alors de remonter l'état général de la malade : potion de cacodylate de soude, injection de sérum artificiel (200 grammes), régime alimentaire plus substantiel.

Le 4 mars, deux jours après son entrée, on réexamine la femme. La tumeur

abdominale s'est un peu ramollie, la malade est moins tendue; les symptômes constatés deviennent plus nets; la délimitation entre l'utérus et la tumeur se précise plus distinctement. Mais on ne peut mobiliser la masse qui occupe les culs-de-sac antérieur et latéral gauche. Malgré des explorations multiples, il est impossible de percevoir dans le vagin ou à travers la paroi abdominale la moindre partie fœtale. En outre, nulle part on ne sent de crépitation parcheminée. Au cours de cet examen, on extrait de l'orifice du col un fragment de tissu qui a l'air d'être organisé. L'examen microscopique a été consigné dans la note ci-jointe, remise par Mlle Godreau, aide de clinique : « On a trouvé des masses fibrinoïdes, avec des îlots de cellules volumineuses, irrégulières qui, par places, semblaient fusionnées. En un point de la coupe existait un revêtement irrégulier, à une seule couche de cellules. On a constaté en outre la présence d'une glande. Il s'agit sans doute de la couche superficielle de la caduque. On ne peut toutefois affirmer qu'il n'y ait que cela, et qu'il n'y ait pas coexistence d'un néoplasme (choriome). »

D'après l'anamnèse, d'après les renseignements cliniques, nous posons le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec fœtus mort depuis trois ou quatre semaines.

Mais, pour plus de garantie, nous prions notre collègue et ami, M. le professeur Marie, de vouloir bien faire l'examen radiographique de cette tumeur. Les résultats de cette radiographie stéréoscopique ont été rapportés à la Société anatomo-clinique de Toulouse, dans la séance du 5 mai 1907. Nous avons présenté en même temps les clichés stéréoscopiques, qui permettent de voir très distinctement, dans la moitié droite du bassin, au voisinage des trous sacrés, deux petits points blanchâtres, qui se différencient très nettement du squelette pelvien et qui sont situés à 4 ou 5 centimètres en avant de la face antérieure du sacrum. Ce sont là, à n'en pas douter, les empreintes dues à la projection d'une partie fœtale arrivée à un point d'ossification très avancée (les deux rochers probablement).

La malade ne supportant pas le sérum artificiel, on lui fait tous les jours des injections de 2 centimètres cubes de sérum de Chéron. L'état général est assez satisfaisant. les douleurs sont faibles, la température normale, le pouls assez bien frappé. Le troisième jour après son entrée, la malade a encore ressenti une sensation analogue à la montée du lait (picotement du côté des seins, écoulement du colostrum). Elle a eu un léger frisson, qui a duré peu de temps et n'a plus reparu.

Nous nous décidons à intervenir et nous fixons l'opération au 15 mars. La veille, purgation, grand bain, lavements. Le soir on fait une première toilette abdominale et vaginale, un pansement aseptique. Le matin, nouvelle toilette abdominale.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane, sous-ombilicale ; à l'ouverture du péritoine, on trouve l'épiploon déchiqueté, de couleur feuille morte, dénotant un processus déjà ancien de sphacèle; on débarrasse la surface de la tumeur des adhérences épiploïques et l'on voit qu'elle présente la

même nuance feuille morte signalée plus haut. On pratique l'exploration de la masse et on trouve de nombreuses adhérences avec l'intestin grêle, adhérences que l'on essaie de rompre avec beaucoup de soin; on peut ensuite examiner la situation respective de l'utérus et du kyste fœtal.

Le kyste fœtal est placé en arrière et à gauche de l'utérus, adhérant à la corne gauche de cet organe. En haut et à gauche, le kyste est adhérent au ligament lombo-ovarien de ce côté; et en arrière il est uni par de nombreuses adhérences avec le bord vasculaire du côlon pelvien. En bas il occupe une partie du ligament large.

Le premier temps de l'intervention consiste dans l'isolement du pédicule utérin qui correspond à l'implantation normale de la trompe, mais ici la corne utérine, comme tout l'utérus du reste, est hypertrophiée. Le pédicule à large base d'insertion est sectionné entre deux pinces-clamps. D'autre part le kyste est isolé du ligament lombo-ovarien, sur lequel est placée une pince-clamp. A ce moment le kyste se rompt en un point où sa paroi très amincie avoisine les éléments du ligament lombo-ovarien qui rampent à sa surface. Par cette brèche accidentelle se fait l'écoulement d'un liquide trouble couleur chocolat; agrandie, elle permet d'en évacuer le contenu. Le fœtus est enlevé et, au moyen de compresses, le kyste asséché autant que possible. Évacuation du liquide qui s'était écoulé dans la cavité pelvienne, en petite quantité du reste, car elle était protégée par des compresses.

Dans un deuxième temps le kyste est soigneusement isolé de ses connexions nombreuses, dont les plus périlleuses résident sur le bord libre du côlon pelvien. En plusieurs endroits, il faut laisser des fragments de paroi adhérents au mésocôlon pour ne pas léser les arcades vasculaires et en certains points la paroi intestinale; ces petits fragments sont touchés au thermocautère.

Suture de la section utérine au moyen d'agrafes métalliques de Michel Hémostase définitive, au niveau du ligament lombo-ovarien et dans l'épaisseur du ligament large, par la pose de plusieurs agrafes-ligature; feuillets péritonéaux du ligament large rapprochés par deux agrafes : un long drain plonge dans la région gauche du petit bassin; résection du grand épiploon dans toute la région atteinte de sphacèle.

Suture de la paroi à trois plans; le drain passe par la paroi abdominale et est fixé avec un crin de Florence; des mèches de gaze placées autour du drain s'enfoncent jusque dans la cavité pelvienne.

Examen du kyste et de son contenu. — A la surface du kyste, on ne peut reconnaître ni trompe, ni ovaire. Fœtus : poids : 400 grammes; longueur : 23 centimètres.

Placenta : 365 grammes; débris : 50 grammes.

Le fœtus est placé la tête en bas et à droite.

L'opération a duré environ 50 minutes. L'anesthésie n'a demandé que 30 grammes de chloroforme.

Néanmoins nous concevons des craintes sur les suites de cette intervention, à cause de l'état de faiblesse extrême dans lequel était la malade au moment où

nous l'avons opérée, et à cause du danger d'infection par l'issue subite, inattendue, par le contenu kystique dans le péritoine, au cours de l'opération. Il s'agit vraisemblablement de nécrobiose aseptique, mais assurément il n'est pas de meilleur milieu de culture.

Le pouls est à ce moment filiforme; on fait 600 grammes de sérum caféiné et une piqûre d'éther. Cependant dès le soir le pouls s'est un peu ralenti et est devenu meilleur; la malade, qui a des vomissements, est mise au champagne et à la glace; on lui fait des piqûres de morphine et tous les jours une injection sous-cutanée de 500 à 800 grammes de sérum artificiel. Deux fois par jour on retire, par aspiration, les liquides contenus dans la cavité péritonéale. Ces liquides assez abondants sont séreux ou sanguinolents.

Au sixième jour, le 21 mars, le drain étant presque totalement expulsé, on le remplace par une mèche de gaze stérilisée. La température, qui depuis le premier jour s'était élevée progressivement, atteint 39°,5 le 20 mars et redescend ensuite peu à peu. Dès le 22 mars le liquide péritonéal, de séreux, devient louche et tourne à la purulence; c'est par des lavages à l'eau oxygénée que l'on parvient à provoquer la cicatrisation de cette plaie.

Les suites opératoires à peu près normales, à part la suppuration déjà signalée, ont présenté deux points particuliers. Vers le 22 mars, la malade accuse une violente douleur, localisée d'abord au niveau et un peu au-dessus de la ligne de Mac Burney. A ce niveau on ne note d'abord rien de particulier; cependant, au bout de deux ou trois jours, on remarque du gonflement de la région et l'on pense à un abcès de la paroi. En effet, le 27, en faisant le pansement, nous trouvons une grande quantité de pus, qui vient sourdre par le point le plus élevé de la plaie. On essaie de drainer, mais le pertuis est coudé; on observe à la suite de la rétention de pus, qui se termine spontanément deux jours après.

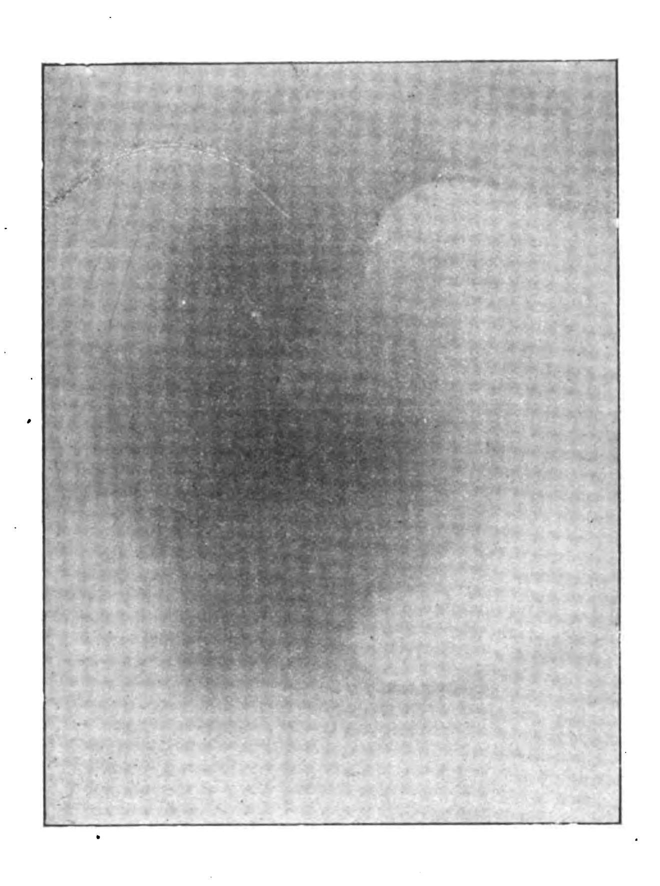
A peu près vers la même date, la malade présente du muguet buccal et pharyngien, que l'on traite par des lavages à l'eau de Vichy et des boissons alcalines.

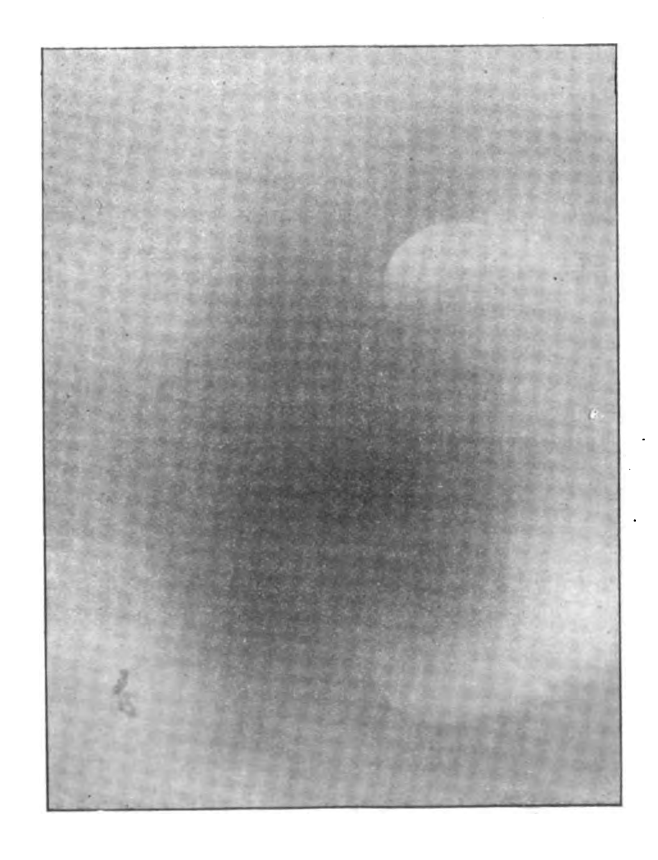
Cet état dure environ cinq jours, puis s'améliore et les suites opératoires ont été dès lors à peu près normales, sauf une légère poussée de pyélonéphrite.

La malade quitte le service le 12 mai. Une fistulette persiste encore. Des pansements quotidiens sont faits et la cicatrisation définitive survient le 20 mai 1907.

Sans insister plus qu'il ne convient sur l'intérêt de cette observation, nous voulons seulement dire quelques mots sur les particularités suivantes :

1° D'abord à propos du diagnostic, nous ferons remarquer que, quoique le cortège symptomatique présenté par notre malade fût assez caractéristique (écoulements sanguins répétés, poussées péritonitiques,





expulsion de caduque), le doute pouvait persister dans l'esprit, parce que les signes donnés par l'examen direct étaient moins convaincants que ceux fournis par l'étude des troubles fonctionnels; on constatait bien l'immobilité absolue de la tumeur, qui paraissait maçonnée dans le petit bassin; mais si le développement de l'utérus, le léger ramollissement du col, la présence d'un souffle militaient en faveur de l'idée d'une grossesse ectopique, il n'en est pas moins vrai que la ligne de démarcation entre l'utérus et la tumeur était des plus douteuses, et qu'il était impossible d'affirmer l'indépendance des deux tumeurs pelviennes. Nous avons eu l'explication de cette particularité, au cours de l'intervention, quand nous avons vu que le pédicule du kyste était constitué en grande partie aux dépens de la corne utérine gauche.

Mais ce qui aurait pu faire hésiter encore davantage, c'était l'absence de tout signe fœtal (ballottement ou perception des petits membres), alors que le volume de la tumeur et le récit de la malade permettaient de supposer que la grossesse était arrivée au moins à la fin du 5ᵉ mois quand survint la mort du fœtus. Nous savons pourtant que le ballottement fœtal est perçu longtemps après que le fœtus a succombé (six semaines après, dans un cas de M. Pinard). En outre, quand l'examen ne fournit plus aucune trace du fœtus, il est de règle de trouver alors la crépitation osseuse des os du crâne chevauchant les uns sur les autres. Ici, rien de semblable.

C'est pour cette raison que la radiographie stéréoscopique pouvait avoir une valeur considérable, en corroborant un diagnostic hésitant ou en réformant un diagnostic erroné.

M. Marie fut assez heureux pour obtenir une épreuve qui, examinée au stéréoscope, révéla sans aucun doute la présence de deux masses osseuses indépendantes du squelette pelvien, situées à environ 5 ou 6 centimètres de la face antérieure du sacrum et appartenant nécessairement à un fœtus. Ce sont deux régions du crâne déjà très ossifiées, probablement les deux rochers. D'ailleurs, sur le cliché négatif, on voit autre chose, et on peut distinguer comme une légère toile d'araignée qui, partant des points osseux signalés plus haut, se dirige vers la gauche et, décrivant une courbe à convexité inférieure, représente le corps du fœtus replié sur lui-même en cyphose physiologique.

Ces résultats positifs sont assez rares, dans la grossesse extra-utérine (1), pour que nous nous permettions d'attirer votre attention sur

(1) Schœnberg, de Hambourg, dans sa *Rœntgensche Technik*, 1906, a signalé quelques faits semblables ; mais il s'agissait, croyons-nous, de grossesse plus avancée.

l'aide précieuse que la gynécologie peut retirer de la radiographie stéréoscopique dans quelques cas embarrassants.

2° Nous ne discuterons pas l'opportunité de l'intervention, imposée par la mort déjà ancienne du fœtus et par les risques d'infection du kyste. Ces craintes étaient d'ailleurs justifiées par le léger frisson ressenti par la malade quelques jours après son entrée à la Clinique. Aussi, après une semaine consacrée à remonter son état général très déprimé, nous n'avons pas hésité à pratiquer la laparotomie.

3° Le mauvais état général de notre malade aurait pu nous donner l'idée de réduire au minimum le traumatisme opératoire. On aurait bien pu se décider à faire une simple évacuation du kyste avec marsupialisation de ce dernier à la paroi abdominale. Il faut toujours prévoir au delà et être prêt pour une opération complète. En effet, ici il eût été impossible de s'arrêter à l'idée de marsupialisation, le sphacèle de la paroi kystique sur une étendue très considérable nous mettait dans l'obligation absolue de pratiquer l'extirpation. Et quoique cette extirpation ne se présentât pas comme simple, en raison des nombreuses adhérences du kyste, elle était imposée, malgré l'état précaire de la malade, par le processus de nécrobiose qui avait envahi l'œuf désormais dépourvu de vitalité. Il y avait donc lieu de pratiquer une extirpation totale, en agissant aussi rapidement que possible.

4° Nous avons tout de suite abordé la corne utérine gauche et les annexes correspondantes distendues. En outre de l'union du kyste avec le fond utérin, nous avons rencontré aussi à droite des connexions assez intimes avec le ligament lombo-ovarien ; là, des adhérences étendues rendaient difficile la création d'un pédicule. Nous avons néanmoins posé des pinces-clamps sur la corne utérine et sur le ligament suspenseur de l'ovaire. C'est au cours de ces manœuvres que la paroi kystique amincie et sans résistance s'est soudainement rompue, nous obligeant à l'évacuation préalable du kyste et à la toilette de la cavité pelvienne inondée par cette irruption subite, malgré la présence des compresses protectrices.

5° Puis l'extirpation de la paroi kystique a été rendue difficile par les adhérences, en particulier par celles siégeant au niveau du bord vasculaire du côlon pelvien. Il a même fallu en certains points abandonner dans la plaie de petits lambeaux de paroi kystique, afin d'éviter de léser des vaisseaux destinés au côlon. Quoique touchés au thermocautère, ces fragments ont certainement joué un rôle dans les phénomènes d'infection locale observés au cours des suites opératoires.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 10 *décembre* 1906.

M. R. Proust et M. Pottet. — **Hystérectomie abdominale subtotale pour sténose syphilitique du col.**

Femme de 23 ans, secondipare, enceinte de 8 mois. Il y a deux ans, elle a normalement accouché. Curettage à la Maternité le 22 novembre 1904 pour endométrite puerpérale.

En mars 1906, cure de condylome anal, à l'hôpital de la Pitié.

En septembre 1906, elle vient à l'hôpital Broca. L'examen du vagin fait constater :

1° Une plaque muqueuse, régulière, arrondie, non indurée, siégeant à la face interne de la grande lèvre droite et présentant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Les ganglions inguinaux correspondants sont durs et hypertrophiés ; 2° Deux petites plaques de la grandeur d'une lentille, ayant les mêmes caractères que la précédente et siégeant à la face interne de la petite lèvre du même côté; 3° Une masse bourgeonnante indurée, irrégulière, suppurante, qui fait saillie au niveau de la colonne postérieure du vagin; 4° Une vaginite gonococcique purulente très intense. L'état général est peu satisfaisant, femme pâle, amaigrie. La malade est mise au traitement mercuriel.

Présentation. Siège décomplété, mode des fesses.

7 octobre. — Rupture des membranes.

8. — Apparition des premières douleurs, orifice non dilaté, col fermé, dur, irrégulier. M. Pozzi recommande, si l'état ne se modifie pas, d'intervenir par la voie haute.

9. — T. 38°. Pouls fréquent. Examen de la malade par M. Demelin, qui constate que le col est dur, ligneux, sans aucune tendance à la dilatation, malgré les contractions. M. Demelin conseille l'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale subtotale, craignant que l'effacement et la dilatation du col ne soient démesurément longs, si même ils arrivent à s'effectuer suffisamment, redoutant la rupture utérine, la mort de l'enfant et l'infection de la mère. L'intervention doit être pratiquée aussitôt que possible, car l'enfant peut-être spécifique se putréfiera vite *in utero* et il existe déjà de l'infection amniotique.

A 5 heures du soir. — Frissons multples. T., 39°,2. P., 120. L'état général empire, la malade souffre. Perte du méconium, les bruits du cœur s'assourdissent.

L'opération est pratiquée par M. Proust. Malade en position déclive peu accentuée. Laparotomie médiane. L'utérus est amené hors du ventre et les ligaments larges sont sectionnés entre deux clamps assez loin des bords de l'utérus. On peut alors achever facilement la bascule totale de l'utérus hors de l'abdomen et se mettre à l'abri de toute inoculation septique.

Opération césarienne, suivie de l'hystérectomie subtotale. Péritonisation. Drainage abdominal par un drain et deux petites mèches de gaze aseptique dans le cul-de-sac de Douglas. Une sonde vésicale est laissée à demeure, parce que la présence de végétations vulvaires exubérantes rend le cathétérisme difficile.

L'enfant pèse 2 kgr. 300 ; il se développe mal.

Malgré la simplicité de l'acte opératoire, les suites chez la mère ont été fort graves. La température a commencé à baisser graduellement dès le lendemain de l'opération,

pour arriver à 36°,7 le cinquième jour au matin, mais, à partir de ce moment, elle s'est mise à remonter en oscillations à type septicémique. Le moignon du col suppure abondamment. Du pus fétide s'écoule par l'orifice externe et le vagin dès le 12 octobre; il se déverse dans le Douglas et sort par le drain abdominal le 16. On note de l'induration profonde et de la douleur dans la fosse iliaque droite.

22. — Colpotomie, qui permet d'assurer un large drainage au point déclive du cul-de-sac de Douglas. La rétention purulente est momentanément supprimée. La température reste aux environs de 38° pendant une semaine, puis nouvelle ascension à 40° le 31 octobre.

La température revient à la normale, mais pour remonter presque aussitôt aux environs de 40°, avec quelques phénomènes pulmonaires et des crachats hémoptoïques. Un large empâtement iliaque droit a remplacé l'induration profonde du début. Pansements deux fois par jour, pour combattre la rétention qui se fait à ce niveau.

Le 9 décembre, ouverture d'un abcès pré-pubien.

A partir de ce moment il se produit encore une grande ascension de température, puis la malade entre définivement en convalescence.

MM. G. Lepage et A. Couvelaire. — **Tumeur conjonctive du chorion placentaire.**

Primipare de 32 ans. La grossesse évolue sans incident. Extraction par forceps d'un enfant vivant, fille pesant 3.020 grammes, qui est sortie vivante de la clinique le neuvième jour pesant 2.980 grammes et ne présentant aucune particularité.

A 8 heures, délivrance par expression française. Placenta pesant 500 grammes, membranes complètes (33 cent., 10 cent.).

Le placenta pèse 500 grammes. Il est réniforme. Le cordon, long de 55 centimètres, s'insère au voisinage du centre du placenta; il ne présente rien de particulier.

Presque au centre du placenta, une tumeur jaunâtre, rénitente, à surface lisse, bosselée, du volume d'un œuf de poule, occupe la place d'un cotylédon, ne dépasse guère le niveau de la surface placentaire. Elle est séparée du tissu placentaire environnant par un sillon.

La face fœtale du placenta ne présente d'autre particularité qu'une plaque blanchâtre au voisinage immédiat de l'insertion du cordon. Cette plaque répond à l'implantation de la tumeur sur le chorion basal. Elle est traversée par de gros vaisseaux, ramifications des vaisseaux ombilicaux.

Sur la surface de section, celle-ci apparaît comme une tumeur à plusieurs lobes, sessile, dépendant du chorion basal, encapsulée par une coque blanchâtre, mince vers la partie utérine, épaisse et traversée de gros vaisseaux au niveau de son implantation sur le chorion. La tumeur proprement dite offre à la coupe une coloration rouge par place, tachetée de blanc ou de jaune. A l'œil nu on croirait à la juxtaposition de foyers hémorragiques d'âges différents.

L'examen histologique a été fait sur des coupes intéressant la totalité de la tumeur et les parties adjacentes du placenta.

A un grossissement faible, les connexions de la tumeur avec le chorion sont évidentes. Elle appartient à la couche fibrillaire de la lame basale du chorion. Ses limites sont nettes. Son contour se dessine franchement et n'a que des rapports de contiguïté avec le tissu placentaire avoisinant. Quant à la tumeur elle-même, elle apparaît comme formée d'un stroma dense, infiltré de sang et creusé de cavités vasculaires.

A un plus fort grossissement, on reconnaît que le revêtement externe de la tumeur est formé par le revêtement cellulaire du chorion. Le stroma, dans les points respectés par les hémorragies interstitielles, est constitué par des éléments cellulaires polymorphes plus ou moins tassés les uns contre les autres. Ces cellules se présentent sous les aspects suivants : cellules étoilées, cellules fusiformes allongées, cellules fusiformes trapues. Ces dernières sont surtout abondantes au voisinage des cavités vasculaires. Celles-ci sont constituées par des vaisseaux dont les parois ne diffèrent en rien des parois d'artères ou de veines des gros troncs villeux. Quelques-uns, de petit calibre, sont thrombosés, mais en très petit nombre. En aucun point on ne trouve l'aspect d'un angiome

capillaire. Les hémorragies qui infiltrent la tumeur sont d'âge différent, elles se présentent soit sous forme d'infiltration, soit sous forme d'hématome.

Le tissu placentaire voisin est normal, sauf dans la zone qui constitue le lit de la tumeur. Dans cette zone les villosités sont pour la plupart nécrosées et englobées dans des stratifications de fibrine dense.

Conclusion : La tumeur est d'origine choriale. Au point de vue histologique, c'est un myxo-fibrome du chorion basal ou plus exactement une *hyperplasie mixo-fibreuse du chorion basal.*

Ces tumeurs peuvent se présenter sous des aspects histologiques variés, ainsi qu'en témoignent les nombreuses étiquettes histologiques qui leur ont été attribuées. Parfois, comme dans les cas étudiés par Pitha, la tumeur se présente comme un véritable angiome capillaire. Mais il ne paraît pas que tous ces cas décrits, et en particulier le nôtre, méritent d'être dénommés chorio-angiome, ainsi que Pitha tend à le faire dans son mémoire.

Le seul caractère commun fondamental de toutes ces tumeurs est leur nature conjonctive et leur origine choriale.

MM. A. FRUHINSHOLZ et GASTON MICHEL. — **Opération de Porro chez une femme achondroplasique césarotomisée pour la quatrième fois** (1).

M. G. LEPAGE. — **Symphyséotomie pratiquée pour rétrécissement du bassin. — Version par manœuvres internes. — Enfoncement du pariétal droit, réduction par manœuvres manuelles : guérison.**

Femme de 33 ans, rachitique; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 95 millimètres, l'angle sacro-vertébral est élevé; il existe une saillie au niveau de l'articulation des première et deuxième vertèbres sacrées.

Au mois de décembre 1904, cette femme fut amenée à la Maternité de la Pitié, étant en travail depuis trois jours ; présentation de l'épaule droite. Une embryotomie cervicale fut pratiquée et il fallut recourir à la basiotripsie pour extraire la tête dernière. Les suites de couches furent pathologiques, sans nécessiter cependant d'intervention utérine.

2e grossesse en 1906; dernières règles du 20 au 24 janvier.

Premières douleurs le 12 novembre. Le 13 novembre, à dix heures et demie du matin, la dilatation est presque complète. Procidence du cordon. En raison de la disproportion apparente entre le volume de la tête et les dimensions du bassin, il y a lieu d'intervenir, et l'opération indiquée est la version. Mais il ne paraît pas logique, en raison du degré de rétrécissement, de l'existence d'un faux promontoire et des commémoratifs de l'accouchement antérieur, de recourir à la version sans agrandissement préalable du bassin : d'autre part, l'enfant paraît petit et, malgré le degré d'angustie pelvienne, il semble certain que l'extraction sera facile après symphyséotomie.

Symphyséotomie. — Extraction d'un fœtus du sexe masculin pesant 3 kgr. 150, d'une longueur de 49 centimètres; diamètre Bi.P : 9 centimètres, le Bi.T : 7 centimètres et demi. Délivrance artificielle, extraction d'un placenta pesant 450 grammes.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, M. Lepage constate avec surprise qu'il existe, au niveau du pariétal droit de la tête du fœtus, une dépression intéressant la bosse pariétale, et qui mesure 4 centimètres et demi dans le sens vertical et 5 centimètres et demi dans le sens antéro-postérieur ; le maximum de la dépression est d'environ 1 centimètre et demi de profondeur ; la bosse pariétale est comprise dans l'enfoncement. M. Lepage se demande s'il va intervenir chirurgicalement pour réduire cet enfoncement. En agissant

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, p. 23.

avec les pouces, aux deux points les plus éloignés de la dépression, il voit cette dépression disparaître comme le fait l'enfoncement d'un chapeau de feutre demi-dur que l'on réduit par des pressions exercées à la périphérie. L'enfant respire d'ailleurs facilement et se met bientôt à crier.

Les suites de couches furent à peu près normales. La température maxima fut de 38°,4 le 5e jour, et cette élévation de température était due à un hématome de la grande lèvre gauche, qui disparut spontanément au bout de 2 ou 3 jours. La femme urina spontanément le jour même de l'intervention. Les fils furent enlevés le 9e jour et, à partir de ce moment, la température revint tout à fait à la normale ; la femme allaita son enfant dès le premier jour. Il reprit son poids le 5e jour et pesait 3 kgr. 700 le vingt et unième jour. La femme quitta le service le 9 décembre, ne présentant aucun trouble de la marche ni aucune anomalie dans la miction.

Je ne crois pas que l'enfoncement se soit produit au moment du passage de la tête au niveau du détroit supérieur, mais bien plutôt au moment où elle a eu à lutter contre le faux promontoire. En effet, lorsque la tête a eu franchi le détroit supérieur, j'ai eu grand soin — suivant le conseil si judicieux jadis formulé par Varnier — de faire rapprocher les jambes, de manière à refermer la ceinture pelvienne. Il est possible que cette manœuvre ait été faite avant que la tête n'eût doublé l'obstacle créé par le faux promontoire. Aussi est-il probable que les difficultés d'extraction, qu'au cours de l'intervention j'avais mises sur la résistance de l'orifice utérin, étaient dues en grande partie à l'obstacle osseux situé dans l'excavation.

Cette observation montre une fois de plus que la symphyséotomie n'est pas l'opération redoutable que l'on veut bien dire si elle est pratiquée dans des conditions particulièrement favorables, et si l'on n'attend pas pour la faire que la femme soit épuisée par un travail prolongé et que l'enfant souffre depuis un certain temps. Je reste partisan de cette intervention, tout en cherchant, sinon à en réduire, du moins à en préciser les indications.

L'état d'angustie du bassin me permet d'affirmer que les chances d'un accouchement spontané, même avec un enfant petit, étaient bien minimes, et, si cette femme redevenait enceinte, c'est, à mon avis, entre la symphyséotomie et l'opération césarienne que l'on pourrait avoir à hésiter.

Les observations d'enfoncement du crâne dans l'accouchement spontané ou artificiel, dans un bassin rétréci, ne sont pas très rares et, dans un certain nombre de cas, où la tête était peu ossifiée, on a vu la réduction se faire peu à peu spontanément, dans les jours qui suivirent l'accouchement.

Dans quelques observations, les opérateurs, guidés par des complications (convulsions, paralysies) constatées chez les nouveau-nés, ont réduit l'enfoncement soit à l'aide d'un tire-bouchon, soit en procédant plus chirurgicalement et, après incision de la peau, en introduisant sous l'os déformé une spatule, à l'aide de laquelle ils ont pu opérer le redressement.

Il est à noter que, chez l'enfant observé, la tête présentait une ossification assez développée et normale et que les os de la voûte du crâne n'avaient pas le défaut de résistance, qui a été constaté dans un certain nombre de cas.

La réduction a été pour ainsi dire obtenue inconsciemment, en ce sens que c'est au cours de manœuvres d'exploration, à dessein un peu fortes, que brus-

quement le redressement de l'os s'est produit. Le résultat obtenu est un encouragement pour agir de la sorte en pareille circonstance et chercher, à l'aide de pressions exercées à la périphérie de l'enfoncement, à en obtenir le redressement.

Discussion. — M. PINARD. — J'ai observé des enfoncements à la suite soit d'une application de forceps, soit d'une version. J'ai vu un grand nombre de dépressions craniennes, mais je dois dire que celles observées sur la tête venant dernière m'ont paru moins graves que les dépressions existant sur la tête venue première, soit spontanément, soit à l'aide du forceps. Celles-ci ont presque toujours eu une issue fatale, tandis que les premières ont souvent guéri.

En présence d'un nouveau-né ayant un enfoncement des os de la voûte du crâne, faut-il intervenir ? Je me rappelle avoir observé quatre enfoncements assez considérables, le centre de ceux-ci ayant 1 centimètre environ de profondeur ; je n'ai institué aucun traitement et les dépressions se sont corrigées spontanément avec le temps. Je n'interviens que s'il y a des phénomènes de compression.

M. CHAMPETIER DE RIBES. — Je viens ajouter à l'appui de l'opinion de M. Pinard mes observations personnelles. J'ai été frappé de la bénignité des dépressions quand la tête vient dernière. Quand je préparais ma thèse, j'ai fait un grand nombre d'expériences et j'ai noté qu'il y avait moins de fractures après la version qu'après les applications de forceps ; avec ce dernier cas on écrase la tête contre la symphyse.

M. P. SEGOND. — Je n'ai vu qu'un cas de dépression des os de la voûte du crâne, il s'agissait d'un enfant né en état de mort apparente. J'ai fait de la respiration artificielle de 9 heures du soir à minuit. Ce n'est qu'au bout de la première demi-heure que j'ai obtenu une première respiration, la seconde ne s'est produite qu'une demi-heure après la première, puis les autres revinrent de quart d'heure en quart d'heure, enfin à minuit et quart l'enfant respirait à peu près normalement. Il y avait un enfoncement du pariétal, qui se réduisit seul au cours des manœuvres destinées à ranimer l'enfant. L'enfant succomba dans les 24 heures.

M. MONOD. — On ne songerait à intervenir que s'il y avait des phénomènes de compression, il faudrait dans ce cas faire une trépanation et redresser l'os avec une spatule.

Séance du 14 janvier 1907.

A. COUVELAIRE. — **Hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés dans les accouchements terminés par le forceps** (1).

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, p. 7.



M. G. BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — **Un cas d'hémophilie héréditaire. — Accidents hémophiliques de vaccination.**

En ce moment où l'examen du sang et la numération des globules prennent de jour en jour plus d'importance pour le diagnostic et le pronostic des maladies, la singularité de ce que l'on appelle encore l'hémophilie fait rechercher avec soin ces cas, et depuis quelque temps divers auteurs ont publié des travaux fort intéressants sur sa nature, ses accidents, ses conséquences et son traitement. Ses formes mêmes sont variables suivant les individus : les différentes hémorragies pouvant se rencontrer en groupes toujours les mêmes laissant indemnes certains organes ; une hémophilitique par exemple, n'étant pas vouée forcément aux hémorragies de la délivrance, et les manifestations pouvant rester localisées à la peau et aux muqueuses, au moins pendant un certain temps.

C'est ainsi que j'ai observé, au mois de septembre dernier, une femme de 25 ans que je vis pour la première fois à la consultation de l'Hôtel-Dieu au mois d'août, et dont voici l'observation résumée.

Cette femme ayant de la tendance aux hémorragies classiques de l'hémophilie, lors de l'avulsion d'une dent ou quand elle se mouche. Elle n'a jamais eu de maladie avant sa grossesse et il ne paraît pas y avoir dans sa famille d'antécédents du même genre. On la trouve couverte de pétéchies d'une dimension variable, assez régulièrement répandues sur toute la surface du corps, d'âges différents comme coloration, et l'on constate sur les membres plusieurs ecchymoses diffuses, causées sans doute par des coups ou des chocs.

Les muqueuses montrent des taches semblables et il y en a sur les lèvres de la vulve, sur les conjonctives et en particulier dans la bouche, sur les gencives et la face inférieure de la langue. L'état général ne paraît pas mauvais, quoique les urines contiennent une petite quantité d'albumine ; l'appétit est bon, les fonctions intestinales parfaites et la femme se plaint seulement d'un peu de faiblesse, de quelques battements de cœur et de fatigue facile.

Les accidents auraient débuté, il y a quinze jours environ, par des épistaxis, des hémorragies des gencives et l'apparition de quelques taches sur les jambes et sur les seins. Il y aurait eu, dans les jours qui ont précédé, des urines très foncées à plusieurs reprises.

En dehors de l'aspect de la peau et des muqueuses, on constate, que le foie est normal et la rate un peu augmentée de volume. Il n'y a rien d'anormal dans la poitrine, le pouls est régulier, bien frappé, la tension artérielle est de 18 et le cœur présente un léger bruit de galop.

Les téguments sont pâles, les muqueuses décolorées, et le sang examiné ne renferme que 850.000 globules par millimètre cube.

Cette malade est gardée à l'hôpital le 19 août, car elle approche du terme de sa grossesse qui est normale ; on la soumet au régime lacté. Elle présente de temps en temps des épistaxis, le purpura n'augmente pas, mais à mesure que quelques taches disparaissent, d'autres se reproduisent sur différentes parties du corps.

Le 10 septembre, les poussées sont moins accentuées, pas d'hémorragies des muqueuses, mais la rate a augmenté de volume et l'albumine n'a pas diminué. Le 23 septembre, l'accouchement a lieu, normal, la délivrance est spontanée et, ce qui peut paraître paradoxal, non suivi d'hémorragie. Les suites de couches sont bonnes ; il se produit encore quelques poussées, mais à la sortie, le 30 octobre, toutes les taches sont en voie de régression.

L'*enfant*, peu développé puisqu'il pèse seulement 2.950 grammes, présente à sa naissance quelques petites taches hémorragiques au niveau de la région occipitale. Trois

jours après, une tache ecchymotique occupe tout le dos de la main gauche, puis il en apparaît une semblable sur la main droite ; enfin on voit deux pétéchies sur le bord du frein de la langue. Le cordon tombe normalement le 29 septembre, sans écoulement de sang.

Cet enfant, allaité par sa mère, se développe assez bien, il augmente peu, mais régulièrement, et l'allaitement ne paraît pas fatiguer la femme.

Je ne pensais pas qu'il y eût une contre-indication à la vaccination et cette petite opération se pratiqua sans incident et *sans effusion de sang* le cinquième jour après la naissance. Le 1er octobre, à la place de la piqûre, et au lieu de la pustule que nous sommes habitués à observer, transparente et laissant souples les tissus sous-jacents, apparut une pustule hémorragique, absolument semblable à celle de la variole hémorragique Elle est remplie de sang, entourée d'un bord dur et saillant, large comme une lentille, et sous elle il existe une induration épaisse et large comme une pièce de 5 francs. En même temps, la peau très rapidement noircit, il existe sur chaque bras deux pustules absolument semblables, de telle sorte que les bras de l'enfant, presque doublés de volume, ont un aspect vraiment inquiétant. Le docteur Saint-Yves Ménard attribua à l'hémophilie ces accidents hémorragiques ; ce diagnostic et l'état général de l'enfant, qui se maintenait bon sans température, sans cris, sans souffrances apparentes, me firent porter un pronostic bénin, et en effet, en 7 ou 8 jours, le foyer hémorragique diminua considérablement, les tissus redevinrent souples, le volume des bras diminua et, le 6 octobre, les croûtes noires tombèrent spontanément, laissant à leur place une cicatrice parfaite ; la peau, encore très colorée, passa successivement par toutes les nuances d'une ecchymose qui guérit. En même temps, l'épanchement hémorragique se localise parfaitement, son siège devient très nettement sous-cutané, il n'y en a, ni dans les muscles, ni dans les gaines, ni dans les articulations, et les fonctions du membre sont parfaites.

On constate seulement deux nouvelles petites taches à l'angle externe de l'œil gauche, et le 11 octobre tout a disparu.

J'ai eu des nouvelles de cette malade dans les derniers mois. C'est ainsi qu'elle entra à Necker, dans le service du docteur Garnier, pour des hémorragies utérines extrêmement abondantes. On fit alors, paraît-il, le diagnostic de délivrance incomplète, mais vous voyez qu'il est inutile d'invoquer cette cause pour expliquer ces pertes. Le docteur Carnot, s'occupant à ce moment-là de cette question, fit la numération des globules et en compta 700.000 environ. Il lui fit des injections intraveineuses de son sérum, ce qui fit remonter les globules, la première fois à 2.700.000 après deux jours et la deuxième fois à 3.200.000. La malade fut donc considérablement amendée et son anémie diminua dans des proportions énormes.

Elle sortit de l'hôpital, pour y rentrer une troisième fois, au mois de décembre dernier, avec de nouvelles poussées pétéchiques, de la fièvre et des accidents intestinaux. Cette fois ci, après divers incidents que je n'ai pu connaître exactement, elle mourut et l'autopsie fit reconnaître des lésions caractéristiques de fièvre typhoïde.

Je crois qu'il est intéressant d'insister sur l'apparition de tels accidents sous l'influence de la toxémie habituelle de la grossesse ; car cette malade n'avait jamais auparavant présenté que des signes, caractéristiques il est vrai, de sa constitution, mais sans importance. C'est pourquoi j'avais conseillé le régime de la toxémie gravidique. Puis l'enfant naquit dans de bonnes conditions et parut avoir participé, dans le sein de sa mère, à sa maladie générale puisque des lésions analogues furent constatées à la naissance, et il est certain aussi qu'il apporta une tendance considérable à certaines hémorragies, puisque la pustule vaccinale s'accompagna d'accidents en apparence effrayants.

Enfin le pronostic paraît dans ces cas devoir être bénin, car la mère et l'enfant sortirent en bon état de l'hôpital. Cependant il faut savoir que dans ces

conditions une femme peut présenter tardivement des hémorragies graves, peut-être à l'occasion du retour de couches.

Discussion. — M. Pinard. — Ces cas de manifestation d'hémophilie pendant la puerpéralité causent parfois d'assez vives inquiétudes. J'ai observé, à la clinique Baudelocque, une jeune femme enceinte de huit mois qui, sans cause appréciable, fut prise de contractions utérines douloureuses et accoucha prématurément d'un fœtus de 2 kgr. 800. Il fut impossible de préciser la cause de cette expulsion prématurée, soit par l'interrogatoire de la femme, soit par l'examen des annexes. Le dixième jour après l'accouchement, apparurent sur tout le corps des taches purpuriques confluentes, existant également au niveau de la voûte palatine. Je fis appeler notre collègue Troisier, qui, sans trouver la cause de ce purpura, conseilla du jus de citron. La malade présentait de l'hyperthermie et la température oscillait autour de 39°. Au bout de 8 jours, les taches purpuriques diminuèrent d'intensité et disparurent peu à peu. La malade eut une métrorragie au moment de son retour de couches. Depuis cette époque elle se porte à merveille, ainsi que son enfant, qui est aujourd'hui âgé de 7 ans.

J'avais, tout d'abord, été effrayé par l'apparition de ces taches et j'étais disposé à porter un pronostic défavorable, qui ne se réalisa pas.

Il y a longtemps que Martin de Gimard a insisté dans sa thèse sur la nécessité d'une infection pour la production de ces purpuras. Dans les deux cas que j'ai observés pendant les suites de couches, malgré la possibilité d'une infection comme cause productrice, les femmes ont guéri.

A. Malherbe et A. Grosse. — **Fibrome à pédicule tordu pendant la grossesse. Ablation du fibrome. Accouchement à terme en mars 1904.**

La torsion du pédicule des fibromes utérins pendant la grossesse est un accident rare, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour sur ce sujet. MM. Lepage et Mouchotte, dans leur travail communiqué à cette Société en janvier 1906, ont pu seulement en réunir 5 cas, parmi lesquels un présenté ici même, en mars 1904, par l'un de nous. Berniolle, dans une thèse récente écrite sous l'inspiration de M. Lepage, n'a pu recueillir qu'un nouveau cas, en dehors de ceux déjà rassemblés par MM. Lepage et Mouchotte.

Ayant eu l'occasion d'observer il y a quelques mois un nouveau cas de fibrome à pédicule tordu pendant la grossesse, nous avons cru intéressant de le signaler, afin qu'il vienne s'ajouter aux précédents et contribuer avec eux à l'étude encore incomplète de cette complication de la grossesse.

Femme de 38 ans, mariée depuis six ans, enceinte pour la deuxième fois. La première grossesse s'est terminée, en décembre 1901, par la naissance de deux enfants jumeaux de sexe différent, élevés au sein par leur mère et une nourrice ; ils sont aujourd'hui vigoureux et bien portants.

Grossesse actuelle : les dernières règles datent du 5 au 9 août 1905.

Sur la ligne médiane et un peu au-dessous de l'ombilic, fibrome pédiculé implanté nettement sur la paroi antérieure de l'utérus, mobile, indolore, de forme irrégulière, un peu plus large qu'une pièce de 5 francs.

10 *mars*.— Douleurs abdominales vives localisées à la région ombilicale, au niveau du fibrome. La douleur se calme par le repos, mais elle s'exaspère par les déplacements de la malade. Le fibrome fait sur la ligne médiane une saillie apparente qui soulève la paroi abdominale, il est du volume d'une mandarine, nettement pédiculé et mobile sur l'utérus. Les mouvements communiqués à la tumeur sont très douloureux. Le ventre est légèrement tendu. Pas de vomissements, pas de température, langue humide.

Le lendemain, douleurs plus vives, les traits sont tirés, les yeux cernés. Pas de vomissements, langue humide. T., 34°,1, Pouls, 112.

Au toucher vaginal, le col utérin est complètement fermé ; aucun écoulement de sang ou de glaires. Le segment inférieur de l'utérus présente une tension plus considérable que normalement, néanmoins il n'y a pas de contractions utérines douloureuses et il ne semble pas y avoir de menace d'accouchement prématuré.

Compresses chaudes, 1 centigramme de morphine, immobilité absolue au lit.

12. — Sensible amélioration. La douleur spontanée a complètement disparu, mais le palper est toujours douloureux au niveau du fibrome sous-ombilical.

15. — Les phénomènes de torsion du pédicule sont complètement calmés, néanmoins la malade garde encore le repos au lit.

21 *mars*. *Laparotomie*. — Anesthésie partielle à la scopolamine-morphine une heure et demie avant l'opération. L'anesthésie est complétée et entretenue au chloroforme au moment de l'opération.

Dans le voisinage du fibrome, on remarque quelques adhérences péritonéales lâches reliant la paroi antérieure de l'utérus à l'épiploon, à la paroi abdominale. Le fibrome, du volume d'une petite mandarine, aplati, presque sessile, est implanté sur l'utérus par un pédicule court et épais. Le pédicule du fibrome a subi un léger mouvement de torsion de gauche à droite, en même temps que le tissu utérin sur lequel est implantée la tumeur a subi un véritable étirement, qui allonge artificiellement le pédicule. Une collerette péritonéale est circonscrite autour du pédicule du fibrome et la tumeur facilement énucléée, mais la surface d'implantation saigne abondamment en nappe ; le tissu utérin se déchire sous les pinces et sous les fils qu'on essaie de placer sur les vaisseaux les plus importants. L'hémostase n'est obtenue qu'avec peine, à l'aide de la compression et d'un capitonnage à la soie de la surface saignante au-devant de laquelle on applique l'extrémité inférieure de l'épiploon. Fermeture du ventre par trois plans de suture.

Après l'opération, on fit à la malade 1 centigramme de morphine à 3 heures de l'après-midi, et une seconde de 1 demi-centigramme à 11 heures du soir. La malade reste assoupie, soumise à l'action de la scopolamine, la plus grande partie de l'après-midi.

Suites opératoires. — Les plus simples ; pendant cinq jours, on fit quotidiennement à la malade des injections préventives de morphine à dose décroissante. Les fils furent enlevés le neuvième jour : il n'y eut aucune menace d'avortement, la malade quitta la maison de santé le 4 avril ; la grossesse continua sans encombre jusqu'à terme.

22 *mai*. *Accouchement*. — Présentation du sommet en OIDP.

Voyant que les efforts d'expulsion restent sans effet et ne voulant pas, par crainte d'une éventration consécutive, laisser se distendre la cicatrice abdominale chez cette femme récemment opérée, nous terminons rapidement par une application de forceps. L'enfant, du sexe masculin, crie aussitôt sa naissance et pèse 3.310 grammes.

Les suites de couches furent simples ; l'enfant, nourri au sein par la mère, s'éleva avec la plus grande facilité. A noter que, le lendemain de sa naissance, on remarqua, au niveau des pariétaux, l'existence d'un double céphalématome, qui disparut progressivement en trois à quatre semaines.

Nous avons revu depuis la mère et l'enfant, ils sont l'un et l'autre en excellente santé.

Chez cette femme, c'est la persistance des phénomènes de torsion beaucoup plus que leur intensité qui nous a déterminés à intervenir, craignant de voir les mêmes accidents se reproduire après une courte accalmie et entraîner

à leur suite les contractions prématurées de l'utérus et l'expulsion du fœtus; nous hésitâmes d'autant moins que le fibrome, petit, superficiel, semblait d'une ablation très facile. Cependant, malgré cette bénignité apparente, l'opération n'a pas été sans quelque difficulté. Si, en effet, la myomectomie elle-même a été d'une exécution facile, il n'en a pas été ainsi de l'hémostase, qui a été laborieuse. Malgré le résultat satisfaisant de l'opération, on peut donc se demander s'il n'eût pas été plus prudent, étant donné l'état avancé de la grossesse au moment de l'intervention, de maintenir la femme au repos absolu jusqu'à son accouchement, tout en la soumettant à une surveillance rigoureuse.

Il est à remarquer que, dans notre observation, les accidents de torsion ont éclaté à une époque avancée de la grossesse, dans le courant du septième mois, et chez une secondipare. C'est, à notre connaissance, le premier cas de fibrome à pédicule tordu signalé chez une multipare, tous ceux qui ont été publiés jusqu'ici ayant été observés chez des primipares.

M. Pinard. — Je ne puis qu'approuver la conduite qui a été tenue dans leur observation de myomectomie par MM. Malherbe et Grosse. Ils ont appliqué ce principe, qui est admis à l'heure actuelle, que pour toute femme enceinte chez laquelle il se produit une torsion d'une tumeur au voisinage de l'utérus (kyste de l'ovaire, hydrosalpinx, fibrome, etc.), il y a intérêt à pratiquer l'ablation de la tumeur; car il est impossible de savoir si ces accidents de torsion n'amèneront pas de complications redoutables et n'obligeront pas à intervenir d'une manière un peu tardive, dans des conditions moins favorables que celles dans lesquelles on aurait opéré plus tôt.

M. Pierre Delbet. — **Kyste tubo-ovarien opéré pendant la grossesse.**

La malade, âgée de 33 ans, mariée depuis 15 ans, n'était jamais devenue enceinte. Elle avait six sœurs, aucune d'elles n'avait été fécondée, de telle sorte que la mère de ces sept filles n'avait pas de petits-enfants, et elle en était désolée.

La malade, dont il est question, devint enceinte après 15 ans de mariage. Elle eut ses dernières règles le 30 novembre 1904. Mais en même temps que l'utérus, se développait du côté droit une tumeur, qui ne tardait pas à déformer l'abdomen, en déterminant des tiraillements douloureux. Le docteur Cailleux reconnut l'existence d'un kyste de l'ovaire accompagnant la grossesse et envoya sa cliente dans mon service, à l'hôpital Laënnec.

Elle y entra le 18 février 1905. On sentait très nettement deux tumeurs l'utérus fortement refoulé à gauche et, à droite, le kyste manifestement fluctuant, du volume d'une tête de fœtus à terme. Par le toucher, on constatait que le kyste descendait très bas, déformant le cul-de-sac latéral gauche, et il était évident qu'il était inclus dans le ligament large. La consistance n'était pas d'ailleurs celle d'un kyste du ligament large, mais bien celle d'un kyste de l'ovaire.

Je m'attendais bien à des difficultés opératoires, mais j'en ai rencontré que je n'avais pas prévues. L'opération fut extrêmement laborieuse.

L'abdomen ouvert, je constatai que le kyste avait non seulement dédoublé le ligament large, mais soulevé le péritoine de toute la moitié gauche du petit bassin jusqu'au mésentère, jusqu'à la partie terminale de l'iléon qui lui adhérait entièrement. Dès le début de l'opération, l'intestin fut déchiré sur une petite étendue et immédiatement suturé.

La ponction donna issue à 600 centimètres cubes de liquide jaunâtre. Je constatai alors la présence, sur la partie culminante de la tumeur, d'un mince conduit, que je pris pour

l'uretère. Je le disséquai avec le plus grand soin, d'abord en remontant. Il plongeait derrière le kyste, ce qui me confirmait encore dans l'idée que c'était bien l'uretère. Je le libérais péniblement tout en décortiquant, quand je constatai qu'en arrière le conduit s'ouvrait dans la cavité kystique. J'eus un instant de surprise, puis je me demandai si ce conduit long et mince n'était pas la trompe étirée. Je revins alors à son autre extrémité, la suivis et constatai qu'elle s'insérait bien sur la corne utérine. Il s'agissait donc d'un kyste tubo-ovarien.

J'ai dit que ce kyste descendait très bas. En outre, il adhérait intimement au bord droit de l'utérus, empiétant un peu sur les deux faces. La dissection fut longue et laborieuse, mais se termina sans autre incident.

L'opération ayant été faite le 29 février, la grossesse avait environ trois mois. L'utérus avait été fort malmené au cours de l'opération et cependant, grâce à la morphine, la grossesse ne fut en rien troublée, elle évolua jusqu'à terme, et l'espèce de malédiction qui semblait peser sur cette famille est enfin conjurée. Cette mère de sept filles a enfin un petit enfant.

Pendant les deux premiers jours, je maintins l'opérée dans un sommeil morphinique permanent. M. Pinard nous ayant appris qu'on peut, dans ces cas, administrer des doses de morphine énormes, j'avais donné l'ordre de faire une piqûre de 1 centigramme chaque fois qu'elle se réveillerait. Il a suffi de lui faire dix injections, soit 10 centigrammes en 24 heures. A partir du troisième jour, on abaissa la dose à 5 centigrammes, elle fut maintenue à ce taux pendant deux jours. Le cinquième et le sixième jour, 2 centigrammes seulement furent injectés, puis la morphine fut complètement supprimée.

A aucun moment, je n'eus la moindre inquiétude, je ne dis pas sur la santé de la malade, qui alla toujours très bien, mais sur l'évolution de la grossesse. L'utérus n'a pas réagi le moins du monde.

L'ovaire que j'ai enlevé était certainement inapte à tout service. Il est donc certain que le corps jaune était dans l'ovaire que j'ai laissé. Est-ce à cela qu'il faut attribuer la continuation de la grossesse ?

Messieurs, il serait tout à fait déplacé de discuter à propos de ce cas les travaux de Frænkel, que je trouve très intéressants. Je ne me demanderai pas si la grossesse aurait été fatalement interrompue, malgré la morphine, dans le cas où j'aurais enlevé le corps jaune. Mais pour moi qui ai fait l'opération, qui ai manipulé l'utérus, qui ai disséqué tout son bord droit, une partie de ses faces, il ne me paraît pas douteux que, malgré la conservation du corps jaune -- sans la morphine — l'utérus se serait contracté et aurait expulsé l'œuf.

Aussi, je crois que ce succès doit être porté à l'actif de la morphine et c'est pour cela que je vous l'ai présenté.

Discussion. — M. Lucas-Championnière. — Il me semble qu'on a beaucoup exagéré les dangers que courent, au point de vue d'une expulsion prématurée, les femmes enceintes chez lesquelles on pratique une opération pour tumeur utérine ou périutérine. J'ai opéré un bon nombre de femmes dans ces conditions et je n'ai jamais observé l'interruption de la grossesse.

J'ai le souvenir en particulier d'avoir enlevé un gros fibrome sessile sur un utérus gravide. Je me contentai chez cette femme de pratiquer une piqûre de un demi-centimètre cube de morphine. Il ne me semble donc pas que dans ces conditions l'utérus gravide se contracte aussi fréquemment qu'on l'a dit, et si j'ai recours à la morphine, c'est à dose très faible.

Quant à l'influence du *corps jaune*, j'ai vu la grossesse continuer chez une

femme chez laquelle, au début d'une grossesse non diagnostiquée, j'ai enlevé les deux ovaires.

M. PINARD. — Je crois que si les interventions pratiquées chez les femmes enceintes sont devenues beaucoup plus fréquentes depuis quelques années, cela est dû à ce que les accoucheurs ont montré que, dans la presque totalité des cas, la grossesse continue malgré l'intervention, et qu'on ne faisait courir aucun danger aux femmes, à la condition de pratiquer systématiquement des injections de morphine répétées, afin de prévenir l'apparition des contractions utérines douloureuses, ou dans le but de les calmer si elles viennent à se montrer. Aussi, me semble-t-il qu'il y a tout intérêt à faire systématiquement des injections de morphine répétées.

M. LEPAGE. — Je crois comme M. Pinard que les injections pratiquées dans ces conditions contribuent à diminuer le nombre des expulsions prématurées. Cependant, il ne faut pas en abuser, car on peut se demander dans certaines circonstances si les injections de morphine ne contribuent pas à produire quelques incidents.

Je fus appelé par un collègue qui avait opéré, cinq jours auparavant, une femme enceinte de cinq mois environ pour une appendicite. On avait fait à cette femme des injections de morphine répétées et, malgré ce traitement, elle ressentait des douleurs abdominales et un ballonnement du ventre assez considérable et inquiétant. En l'examinant, je trouvai un météorisme abdominal très développé dans la région sus-ombilicale ; le fond de l'utérus était seulement à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et il semblait se contracter d'une manière intermittente. En pratiquant le toucher vaginal, je constatai une distension très marquée du segment inférieur qui était engagé dans l'excavation et un col qui était entr'ouvert, sans écoulement sanguinolent. L'utérus était refoulé de haut en bas par la surdistension de l'intestin. Je conseillai d'évacuer les gaz intestinaux à l'aide d'une sonde rectale portée assez haut. Je fis suspendre les injections de morphine et les remplaçai par des préparations belladonnées et par des lavements de chloral, pensant que le météorisme était en partie dû à l'absorption de l'opium.

Le lendemain matin on évacua l'intestin à l'aide d'une longue sonde et, au bout de 48 heures, les malaises avaient en partie disparu : l'utérus s'était élevé et le col paraissait se refermer. La grossesse continua jusqu'à terme et cette femme accoucha d'un enfant vivant.

M LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Je crois qu'on a exagéré l'influence du traumatisme chirurgical sur l'apparition de la contraction utérine, c'est surtout depuis l'antisepsie qu'on peut pratiquer avec beaucoup moins de crainte les interventions chez les femmes enceintes. Il est certain que, jadis, dans nombre de cas, les contractions n'étaient pas causées par le traumatisme, mais par les phénomènes septicémiques qui se produisaient alors si souvent.

Pour ma part, je ne recours pas volontiers à la morphine chez les femmes chez lesquelles j'ai pratiqué une laparotomie : je redoute la constipation qu'elle peut amener.

M. PINARD. — Je ne puis admettre les conclusions qu'a tirées notre collègue Lepage du fait qu'il nous a rapporté, car je ne crois pas que les injections de morphine puissent produire du météorisme.

M. PIERRE DELBET. — Je voulais protester, comme vient de le faire M. Pinard, contre le rôle attribué par Lepage à la morphine dans la production du météorisme. Je ne crois pas qu'elle soit capable de méfaits de ce genre. Ma malade, qui en a reçu des quantités considérables, n'a pas présenté le moindre ballonnement du ventre. Elle a été, comme toutes mes laparotomisées, purgée le troisième jour et avec succès.

Je me sers très souvent de l'extrait d'opium administré à l'intérieur pour constiper les malades. Par exemple, je fais toujours la suture des fistules anales et je constipe les opérés pendant 6, 7, 8 et même quelquefois 9 jours. Ils prennent de 6 à 12 centigrammes d'extrait d'opium par pilules d'un centigramme. Ils sont constipés, mais ils ne sont pas météorisés.

La morphine administrée par la voie hypodermique a certainement beaucoup moins d'action sur la musculature de l'intestin. Absorbée par cette voie, elle ne constipe même pas. Aussi je ne crois pas que Lepage soit autorisé à attribuer à la morphine le ballonnement abdominal qu'il a observé.

M. ROUTIER. — Je m'associe aux réflexions de M. Delbet et je ne comprends pas comment on a pu mettre sur le compte de la morphine le météorisme qui a été constaté dans l'observation que M. Lepage nous a citée.

M. LEPAGE. — Il faut remarquer que les conditions dans lesquelles on se trouve quand on opère une femme enceinte sont un peu particulières. Il est probable que la tumeur constituée par l'utérus gravide gêne l'évacuation des gaz et il est possible que dans ces conditions la distension de l'intestin se produise plus facilement que chez une autre opérée et que la morphine puisse contribuer à produire du météorisme alors qu'elle ne causerait aucun trouble chez la même femme opérée à l'état de vacuité. Chez la malade que j'ai observée il y avait certainement au moment où je l'ai vue un cercle vicieux : l'utérus gravide contribuait à produire la tympanite et la tympanite abaissant l'utérus le faisait appuyer davantage sur l'S iliaque.

M. LEGUEU. — Je désirerais savoir quelles règles doivent présider à l'administration de ces injections de morphine : faut-il les proportionner à l'âge de la grossesse, à l'intensité du traumatisme chirurgical ou à l'apparition des contractions utérines douloureuses ?

M. PINARD. — En règle générale, on conseille de faire immédiatement après l'intervention une injection d'un centigramme de morphine, puis de faire, les jours suivants, un demi-centigramme matin et soir s'il ne survient pas de contractions utérines ; si, au contraire, on note d'une manière manifeste que l'utérus se contracte d'une manière douloureuse, on répète davantage les injections en élevant la dose jusqu'à un centigramme, sans jamais faire à la fois une injection d'une quantité supérieure.

M. LEPAGE. — N'y a-t-il pas une certaine contradiction entre le précepte que M. Pinard a souvent renouvelé de faire systématiquement des injections

de morphine chez les femmes enceintes laparotomisées et l'abandon des préparations opiacées qu'il a conseillé chez les femmes non opérées, menacées d'expulsion prématurée?

M. PINARD. — Il n'y a nulle contradiction dans ma manière de faire: si j'ai abandonné les lavements laudanisés dans les cas de menaces d'expulsion d'œufs ayant cessé de se développer, je les prescris lorsque les contractions utérines douloureuses surviennent pendant la grossesse à la suite d'un traumatisme (conjugal ou autre). C'est parce que j'ai constaté les bons effets de la morphine en pareil cas, que je la conseille lorsqu'il y a un traumatisme chirurgical chez une femme enceinte.

M. PIERRE DELBET. — S'il y a une question qui nous intéresse tout spécialement, nous chirurgiens, c'est celle des avortements consécutifs aux opérations portant sur la sphère génitale et celle de la valeur prophylactique de la morphine. Devons-nous, oui ou non, administrer la morphine par la voie hypodermique à nos opérées gravides?

A suivre l'exposé que nous a fait Lepage, on serait tenté de répondre par la négative. Lepage nous a dit : les injections de morphine ont produit le météorisme; le météorisme, par un mécanisme que je ne discute pas, a amené un commencement de travail. D'où il résulte que c'est la morphine qui, d'une manière indirecte, a failli produire l'avortement. Et, pour corroborer encore sa manière de voir, Lepage ajoute : quand on a évacué les gaz et cessé les injections de morphine, tout est rentré dans l'ordre.

J'ai déjà dit qu'à mon sens on n'était pas autorisé à attribuer le météorisme à la morphine. Maintenant je demanderai à Lepage s'il ne pense pas qu'en évacuant les gaz tout en continuant la morphine, on n'aurait pas plus vite encore enrayé les phénomènes de travail.

En somme, je ne crois pas que son observation ait la signification qu'il lui a donnée et je crois que nous ferons bien de continuer à administrer de fortes doses de morphine à nos opérées gravides.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Comme M. Delbet, je redoute la douleur pour mes opérées, et volontiers j'ai recours aux injections de morphine, mais sans jamais dépasser la dose d'un quart ou d'un demi-centigramme à la fois. Je crois que cette pratique doit être également suivie chez les femmes enceintes, d'autant mieux que l'administration de doses trop considérables peut avoir une influence défavorable sur la santé de l'enfant.

M. PINARD. — Il se dégage de toute cette discussion ce fait que, chez une femme qui est enceinte, il faut recourir plus volontiers encore que chez toute autre laparotomisée aux injections de morphine.

Quant à la dose, il est difficile de la préciser. Elle doit varier suivant qu'apparaissent des contractions utérines et suivant la manière dont l'organisme maternel réagit vis-à-vis de la morphine. Il ne faut pas oublier les idiosyncrasies, qui peuvent rendre dangereux l'usage de trop fortes doses.

Je ne partage pas les craintes de M. Championnière au point de vue de l'enfant. J'ai observé en effet souvent combien ils sont peu influencés par l'adminis-

tration des médicaments. J'ai soigné, il y a vingt ans, à Lariboisière, une femme choréique, chez laquelle — sur le conseil de mon ami le professeur Joffroy — j'ai administré en injections 14 et 20 grammes d'hydrate de chloral par jour sans amener de troubles du côté de l'organisme fœtal.

M. Pierre Delbet. — Mes collègues paraissent trouver que j'ai administré à ma malade des doses bien considérables. Je ferai remarquer qu'elle et son enfant s'en sont fort bien trouvés.

J'ai maintenu ma malade dans un état de somnolence continu pendant trois jours. Mais je n'ai pas administré de doses massives. On ne lui a jamais injecté plus d'un centigramme à la fois, mais on renouvelait les piqûres chaque fois qu'elle se réveillait complètement. Je ferai remarquer que son état n'avait rien de comateux. Quand on l'interpellait fortement, elle répondait pour témoigner sa satisfaction. Et quand on l'abandonnait, elle fermait lentement les yeux et retombait dans sa torpeur. Ce n'était pas du coma, c'était de la béatitude. Je n'ai pas besoin de dire qu'on a surveillé avec soin son cœur et l'émission des urines. Si j'avais vu survenir quelques symptômes fâcheux, j'aurais immédiatement fait cesser les injections. Mais il ne s'est rien produit du tout : sauf la morphine, la malade a été soignée comme toutes les autres laparotomisées, et elle a été purgée avec succès le troisième jour.

Faudra-t-il donner la même dose de 10 centigrammes à toutes les malades ? Bien que je ne redoute pas la morphine, je suis bien loin de le prétendre. Il s'est trouvé que chaque injection assoupissait ma malade pour deux heures et demie environ, de telle sorte que, pour la maintenir dans un état de somnolence et de torpeur, il a fallu 10 centigrammes par jour. Chez une autre l'effet de chaque injection aurait peut-être duré trois heures, de telle sorte qu'il aurait suffi de 8 centigrammes pour arriver au même résultat. Chez une autre, une dose encore moindre aurait peut-être été largement suffisante.

En somme, je ne crois pas qu'on puisse fixer de règles. Si même il se confirme qu'il y a avantage à maintenir les malades dans un état de demi-somnolence permanent, on ne pourra pas encore fixer une dose utilisable pour toutes. Telle quantité qui serait insuffisante pour une malade pourrait être dangereuse pour une autre.

Je crois qu'il faut se régler sur le fonctionnement du cœur et sur celui des reins. Si l'un ou l'autre de ces organes présente le moindre signe de faiblesse, il faut s'arrêter. Mais quand ils continuent à bien fonctionner, la dose de 10 centigrammes ne me paraît pas avoir d'inconvénients.

M. Oui (de Lille). — **Influence du saturnisme paternel sur la grossesse et le produit de conception.**

Le 22 août 1906, se présentait, à la consultation de l'hôpital de la Charité, Mme X..., âgée de 38 ans, finisseuse. Cette femme disait être enceinte de 6 mois et demi à 7 mois et ne plus sentir, depuis trois semaines, les mouvements de l'enfant. Elle ne s'inquiétait guère, disait-elle, de la mort du fœtus, ayant eu déjà plusieurs enfants morts ; son

inquiétude provenait seulement de la durée de la rétention, qui, lors d'accidents précédents du même genre, n'avait jamais dépassé une semaine.

Voici l'histoire de cette femme :

Réglée à 16 ans, régulièrement, elle accouche pour la première fois, le 23 mars 1890, d'un enfant vivant, qu'elle nourrit au sein jusqu'à l'âge de 6 mois. Elle est alors atteinte de fièvre typhoïde et doit cesser l'allaitement.

2e grossesse. — Accouchement, en octobre 1891, d'un enfant vivant qu'elle allaite jusqu'à l'âge de 8 mois et qui meurt à cet âge de méningite.

3e grossesse. — Accouchement, fin 1892, d'un enfant vivant, nourri au sein, mort à 4 mois d'une affection que la mère ne peut préciser.

4e grossesse. — Accouchement, en 1894, d'un enfant mort 13 jours après sa nais-

5e grossesse. — Accouchement prématuré, en 1898, d'un enfant mort et macéré. Rétention de débris ovulaires, accidents fébriles, curettage.

6e grossesse. — Accouchement près du terme, en avril 1901, d'un enfant mort et macéré.

7e grossesse. — Accouchement à 6 mois et demi, en janvier 1902, fœtus mort et macéré.

8e grossesse. — Expulsion, en novembre 1902, d'un fœtus mort et macéré.

9e grossesse. — Accouchement à 6 mois et demi, en octobre 1903, d'un fœtus mort et macéré.

10e grossesse. — Accouchement à terme, le 27 octobre 1904, d'un fœtus mort et macéré.

11e grossesse, *grossesse actuelle*. — Dernières règles du 27 au 30 janvier 1906.

Les premiers mouvements du fœtus auraient été perçus le 2 mai. Ils auraient complètement cessé le 2 août. Depuis ce moment, le ventre aurait très notablement diminué de volume. Du 6 au 8 août, se serait produite une fluxion mammaire très nette.

Par le palper, on trouve un utérus mou, très mobile, dont le fond se trouve à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dans lequel on ne peut déterminer nettement aucune partie fœtale.

Par le toucher, on constate que le col est mou, largement déchiré; son orifice externe est perméable.

L'auscultation est négative.

L'ensemble de ces symptômes ne pouvait nous laisser aucun doute sur la mort du fœtus.

Les antécédents de cette femme ne nous donnaient point l'explication de cette série lamentable d'enfants morts en très bas-âge ou succombant au cours de la grossesse. Un interrogatoire très attentif ne nous permettait de relever qu'une fièvre typhoïde après son premier accouchement et, depuis, des coliques hépatiques, dont les deux dernières crises sont du mois de février et du mois d'août 1906, la première datant, par conséquent, du début de la grossesse et la seconde suivant de très près la mort du fœtus. Rien, dans l'histoire ni dans l'examen de cette femme, ne permettait de croire à l'existence d'une syphilis.

Il fallait donc chercher du côté du père, le même, au dire de cette femme, pour tous les enfants.

Cet homme a 41 ans. Il a fait, lors de son service militaire, un séjour de 32 mois en Cochinchine. Il a été employé assez irrégulièrement dans une grande imprimerie de Lille, tantôt à la presse à bras, tantôt au clichage. Depuis 1890, il est exclusivement clicheur et clicheur de journaux, et, depuis 1896, il aurait eu à plusieurs reprises des coliques saturnines. Fait important, cet homme a eu, d'une première femme, un enfant encore vivant. Ajoutons que, au dire de sa femme, c'est un ouvrier sobre et de mœurs tranquilles et qu'il n'a jamais eu d'autre maladie que des coliques de plomb.

Nous n'avons malheureusement pas pu examiner cet homme et ce défaut d'examen pourrait faire objecter que la syphilis a peut-être joué un rôle dans l'énorme morti-natalité qui est la caractéristique de ce cas. C pendant, l'action de la syphilis sur le produit de conception s'épuise, en général, à mesure que la vérole est plus ancienne. Ici, c'est le contraire.

Or, si nous reprenons l'histoire du père, nous constatons que, en 1890, c'est-à-dire après la naissance de deux enfants vivants et qui ont vécu, enfants qu'il a eus de deux femmes différentes, il a commencé à être employé comme clicheur de journaux, travail spécial que tous les ouvriers imprimeurs considèrent comme exposant particulièrement au saturnisme. Trois enfants naissent alors successivement, qui succombent au cours de leur première année. Puis en 1896, le père commence à avoir des coliques saturnines et, à partir de ce moment, sept grossesses se produisent chez sa femme qui, toutes, aboutissent à l'expulsion de fœtus morts et macérés. Aussi l'action du saturnisme ne me paraît-elle pas pouvoir ici être mise en doute.

En ce qui concerne le saturnisme paternel, son influence avait été bien mise en lumière par Constantin Paul (Th. Paris, 1861) et dans les travaux de Ganiayre (Th. Paris, 1900) et de Deneufbourg (Th. Paris, 1905). Tout dernièrement encore, notre confrère le docteur Verhaeghe a montré (*Écho médical du Nord*, 9 septembre 1906) dans quelles proportions effrayantes est frappée la descendance des ouvriers peintres (22,91 p. 100 de morti-natalité).

Peu de faits cependant nous paraissent plus démonstratifs que celui que nous venons de rapporter, exception faite, toutefois, pour le fait suivant, que nous trouvons dans la déposition du professeur Brouardel devant la commission sénatoriale chargée d'examiner le projet de loi sur l'emploi des composés du plomb dans les travaux de la peinture en bâtiment. Nous reproduisons ici le texte même de la déposition :

« M. Pinard avait, dans son service, une femme qui s'était mariée avec un individu intoxiqué par le plomb. Elle fait l'une après l'autre cinq fausses couches. Puis, elle accouche une sixième fois d'un enfant superbe, admirable. Après quelques interlocutions diplomatiques, Pinard lui demande : « Mais enfin, est-ce que c'est le même père? » Elle lui répond : « Ah ! j'avais renoncé à avoir des enfants et alors... J'en ai voulu un qui se porte bien et c'est celui-là. » C'est donc une démonstration expérimentale »

Je n'ai évidemment pas pu conseiller à la femme X... de faire la même contre-expérience si bien réalisée par la patiente de M. Pinard. La démonstration expérimentale, comme disait le professeur Brouardel, me fait donc défaut ; mais je crois, cependant, que le cas que je viens de rapporter reste assez probant pour convaincre les plus sceptiques.

REVUE ANALYTIQUE

Accouchements tardifs (Spätgeburt). B. S. SCHULTZE, *Monatssch. f. Geb. u. Gynœk.*, mai 1907, p. 571.

De la notion précise des dernières règles et de l'examen d'une série de jeunes embryons (His), il ressort la preuve anatomique de cette observation clinique que la *conception peut avoir lieu soit au voisinage des dernières règles survenues, soit au voisinage des premières règles qui ne se montrent pas*, sans qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de déterminer la fréquence respective de la conception sous ce point de vue particulier : début de la grossesse par rapport à la dernière menstruation accomplie ou à la première qui fait défaut (1). Mais durant le processus d'accroissement de l'embryon, des différences individuelles si grandes se produisent qu'à l'examen d'un embryon de 30 centimètres, il est parfaitement impossible de distinguer s'il correspond à la dernière époque, avec écoulement menstruel ordinaire, survenue vingt quatre semaines auparavant, ou bien à la première époque, sans écoulement menstruel, qui remonte seulement à vingt semaines. Remarque qui s'applique aussi bien à l'enfant *à terme*. Et l'on appelle enfant *à terme* : ceux qui sont nés environ 280 jours après les dernières règles. Leur longueur varie de 48 à 60 centimètres et plus, leur poids 2 kilos et demi à 5 ; 6 et plus. Les signes de développement qui permettent de les distinguer des enfants prématurés sont dits *signes ou caractères de maturité*. En dépit de leur inconstance (Helzmann), on les utilise pour juger de la maturité du produit de conception, par la raison que les renseignements fournis par les mères sur la date des dernières règles, nous sont moins utiles que ce que nous voyons et mesurons. D'une façon générale, *quand* 280 *ou* 300 *jours après les dernières règles se passent sans que l'accouchement ait lieu, l'idée d'une grossesse prolongée se présente ; et quand, passé ce délai, un enfant exceptionnellement gros naît, on incline fort à admettre un accouchement retardé* (Spätgeburt, Accouchement tardif) (2). Toutefois, il importe de ne conclure de la comparaison des dimensions et du poids d'un enfant avec les chiffres moyens établis à son âge qu'avec la plus grande circonspection. V. Winckel constate que, de 1.007 enfants d'un poids de 4 kilogrammes et plus, 3,7 p. 100 correspondaient à une

(1) Il n'est pas d'ailleurs démontré que la conception ne puisse jamais se produire dans l'intervalle de ces deux points extrêmes. En tout cas, les faits anatomiques de His aussi bien que les faits cliniques font justice des deux opinions extrêmes, qui placent *exclusivement*, l'une, la ponte ovulaire 2 à 3 jours avant la période *attendue*, et l'autre, vers la fin de la période *qui se termine*.

(2) *Annales de gynéc. et d'obst*, mai 1905, p. 325.

grossesse — comptée à partir des dernières règles — de 241 à 260 jours seulement. Si donc un de ces enfants fût resté *in utero*, continuant à s'y développer, 280 jours, il aurait pu acquérir un poids de 5.000, 6.000 grammes!

Ici, Schultze fait la remarque curieuse (1), *qu'à son jugement et d'après son expérience une petitesse anormale du produit de conception, mais associée aux autres signes de la maturité* (développement de la peau, du système osseux, etc.), *militait presque autant en faveur d'une grossesse prolongée qu'un développement excessif* (le volume de l'enfant serait peut-être un des facteurs du début du travail).

Au total, l'auteur accorde formellement qu'*un enfant peut être porté bien au delà du temps normal*. Mais il estime que jusqu'à ce jour on n'a pas apporté la preuve topique formelle qu'un enfant soit resté, continuant à s'y développer, plus de 300 jours *in utero*. Aussi, juge-t-il que Winckel fit œuvre utile en demandant aux statistiques si elles peuvent fournir la preuve que des grossesses se prolongent au delà du terme normal : sur un total de 30.500 accouchements, Winckel rechercha ceux qui s'étaient terminés par la naissance d'enfants de 4.000 grammes et plus, soit 1.000 = 3,3 p. 100. Or, 245 de ces mères qui avaient eu des enfants de 4.000 grammes et plus semblent avoir donné (clinique de Munich) des renseignements précis sur les dernières règles. Et la distance entre le moment de l'accouchement de ces enfants et le *premier* jour des dernières règles fut comme pourcentage :

245 cas :	241 jours à 260 ;	261-270 ;	271-280 ;	281-290 ;	291-300 ;	301-310 ;	311-334 ;
dans :	3,7 ;	6,1 ;	18,3 ;	38 ;	18,8 ;	8,5 ;	6,6 p. 100

Ainsi, dans 15 p. 100 des accouchements d'enfants de 4 000 grammes et plus, l'accouchement était distant de plus de 300 jours des dernières règles d'après la date indiquée par les mères.

Winckel met en parallèle, avec ces chiffres, des chiffres empruntés à la Clinique de Dresde, destinés à mettre en relief les accouchements tardifs, mais dans l'ensemble des naissances, sans sélection des accouchements correspondants à de gros enfants. De 5 010 parturientes, il fut possible pour 1.072, par la considération de la date du premier jour des dernières règles et éventuellement du jour de la conception, d'évaluer approximativement la *durée de la grossesse* ; or, pour 65 sur 1.702, soit chez 3,8 p. 100, elle aurait été de 301 à 347 jours, donc : dans *a*) 3,8 p. 100 des cas non sélectionnés, supérieure à 300 jours contre les *b*) 15 p. 100 des cas correspondant à des enfants de 4.000 grammes et plus ; chiffres qui, pour une durée de 302 jours, deviennent respectivement : *a'*) 3,3 p. 100, et *b'*) 14,6 p. 100.

Au total, *les cas d'accouchements plus de* 302 *jours après le premier jour des dernières règles sont* 4 *fois plus fréquents avec les enfants exclusivement de* 4.000 *grammes et plus qu'avec l'ensemble des enfants.*

Depuis, les résultats consignés par Winckel ont été confirmés dans leur conclusion générale par les recherches multiples faites ultérieurement (Futh et Enge, Gossrau, Fuchs, Jacoby, Starcke, Vaccari).

(1) Constatation d'ailleurs déjà faite par P. Zacchias et Foderé.

Conséquent avec les résultats de ses recherches, Winckel indique dans son *Handbuch der Geburtsh*, comme pourcentage des accouchements tardifs dans les maternités, 2,8 p. 100.

Mais il importe de faire remarquer que la durée de la grossesse indiquée est, en général, établie en comptant du premier jour des dernières règles. Or, on ne prend pas assez en considération le fait connu et aujourd'hui anatomiquement établi que la grossesse peut justement n'avoir commencé que 2 ou 3 jours seulement avant la menstruation *non apparue*, et qu'en conséquence il convient de retirer 26 ou 25 jours de la durée de la grossesse établie d'après la date des dernières règles pour se rapprocher de la durée réelle. Et alors à ne compter qu'ainsi, des 31 enfants enregistrés par Winckel comme nés plus de 302 jours après les dernières règles, il ne resterait qu'un seul cas d'accouchement tardif (334 jours après les dernières règles). De toutes manières, il est indiscutable : 1° qu'à tenir compte de cet élément important de discussion, possibilité de la fécondation 2 à 3 jours avant l'époque qui manque, la proportion des accouchements tardifs diminue beaucoup ; 2° qu'aux enfants de 4.000 grammes et plus correspond un certain nombre de grossesses prolongées.

Par accouchement tardif, l'auteur entend *exclusivement* ceux qui se font après plus de 302 jours de gestation, parce que les codes qui déterminent par jours le temps de la conception, admettent ordinairement comme limite de ce temps de conception le 302e ou le 300e avant la naissance de l'enfant. Mais, ici, il convient de faire remarquer qu'en justice ce n'est pas particulièrement de la date des dernières règles qu'on s'occupe, mais bien de la date de la cohabitation, de la distance qui existe entre l'accouchement et le rapprochement sexuel, et, à ce sujet, il convient encore de noter que les renseignements obtenus des femmes dans les cliniques, sur ce point, sont encore plus douteux que ceux fournis sur les dernières règles.

Le professeur Schultze envisage ensuite un double point de vue médico-légal : *a*) la naissance légitime de l'enfant, par rapport à laquelle le Code allemand admet comme limites du temps pendant laquelle la conception peut avoir lieu 181 à 302 jours, compris le 181e et le 302e ; *b*) la déclaration faite de l'illégitimité de l'enfant, illégitimité qui ne peut d'ailleurs être discutée, quand l'enfant est né pendant le mariage ou dans les 302 jours après la dissolution du mariage, que si le mari a attaqué cette légitimité ou s'il est mort sans avoir perdu son droit à cette contestation de légitimité. Or, à ce sujet il écrit : « En résumé, au sujet des réclamations de beaucoup de mes collègues dans le but d'obtenir un élargissement des limites fixées au temps de la conception, j'estime : 1° que pour la démonstration de la légitimité des enfants nés tardivement (Spätgeborener Kinder) la loi, dans son sens actuel, offre toute garantie ; 2° que, pour la recherche du père naturel, toute prolongation du temps de la conception légalement fixé manquerait le but du législateur, à savoir, d'assurer, dans le plus grand nombre possible de cas, à l'enfant son père vrai (1). R. L.

(1) Voir *Annales de gynéc. et d'obst.*, juillet 1906, p. 396.



Courte note sur la durée de la grossesse et le rapport entre le poids de l'enfant et la durée de la gestation : *a*) chez les Européens (dans l'Inde) ; *b*) tous les métis à n'importe quel degré issus d'Européens et d'Indiens ; *c*) les naturels de l'Inde (A short note on the duration of pregnancy and the relation between the weigth of the child and the length of gestation in Europeans, east Indians, and natives). H. LEICESTER, *J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, juin 1907. p. 465.

Les résultats dérivent de l'examen de 400 cas, et dans tous les cas, on a fait partir la grossesse du dernier jour des règles (l'auteur note particulièrement les grosses difficultés que l'on a d'obtenir des renseignements précis). Au total 400 cas, divisés en 2 séries : 1° 264 ; 2° 136 cas.

Nombre de cas . .	87	45	42	169	97	67	143	114	29
Durée de la gestation	279,977 j.	279,266	280,74	276,744	276,752	276,73	279,972	279,912	279,93
Différence.		1,474			0,022			0,018	
Durée minima. . .		261 jours			255			258	
— maxima. . .		299			299			301	

Un coup d'œil sur ces chiffres montre les écarts que présente la durée de la grossesse suivant les différents groupes, minima entre les Européens et les autochtones ; notable entre les métis et les Européens. Il montre *les différences* entre la durée maxima et minima considérée dans chaque groupe et respectivement : 44 jours pour les métis, 43 jours pour les indigènes, 38 pour les Européens.

	EUROPÉENS		MÉTIS		INDIGÈNES	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Durée de gestations d'après le sexe. .	51	86	78	86	82	61
	280,507	279,222	276,026	277,395	280,707	278,984

Sauf chez les métis, la durée de la gestation est plus longue quand il s'agit d'un enfant mâle.

Poids en livres des produits de la conception d'après la durée de la gestation.

	DURÉE DE LA GESTATION EN JOURS			
	269 et moins	270-279	280-289	290 et au-dessus.
Européens :				
Poids moyen.	6,98	7,1	7,699	8,36
— maximum	9,03	9	9,875	10,56
— minimum.	5,75	5,56	5,7	6,25
Nombre de cas.	14	24	37	12
Métis :				
Poids moyen.	6,6	6,92	7,3i	7,51
— maximum	7,75	11	10,	9,12
— minimum	4,61	4,5	5	5,12
Nombre de cas	35	70	46	13
Naturels :				
Poids moyen.	5,86	6,03	5,81	5,7
— maximum	7,41	7,81	8,27	7
— minimum.	4,62	4,34	4,2	4,09
Nombre de cas.	18	47	56	21

Les constatations précédentes, écrit l'auteur, paraissent confirmer dans l'ensemble celles faites par d'autres observateurs, et montrent que *sous le rapport de la durée de la gestation*, tout au moins, le climat tropical n'exerce aucune influence notable.

R. L.

Hydrorrhée amniotique, grossesse extra-membraneuse, placenta circumvallata (Hydrorrhœn amnialis, graviditas extra-membranosa, placenta circumvallata). SEMON, *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. LXXXII, p. 734.

OBS. — ... 30 ans, un accouchement et un avortement antérieurs, celui-ci à 3 mois. Accouchement spontané, mais l'enfant, bien qu'à terme, né très faible, mourut peu après l'accouchement. Au contraire, à l'occasion de l'avortement et pour raison d'hémorragie, il fallut intervenir (extraction du placenta avec la pince à avortement, manœuvre au cours de laquelle on constata une rétroversion très accusée). Cessation de l'hémorragie, suites régulières, sauf quelques douleurs hypogastriques. Règles régulières, un peu trop abondantes, 8 jours, non douloureuses. A un nouvel examen, on trouva la matrice de grosseur normale et en antéflexion. Dernières règles, 27 juillet 1906. Le 25 août, hémorragie légère, accompagnée de douleurs utérines, qui se renouvela 3 jours après. Le 28 septembre, hémorragie abondante, 2 à 3 jours, qui se renouvela fin octobre. A partir de cette époque, de temps à autre, petites hémorragies. En dépit de ces pertes de sang réitérées, la femme s'estima enceinte (malaises divers, augmentation du volume du ventre). Dès la mi-novembre, elle remarqua un écoulement jaune-brun, qui peu à peu devint plus abondant et prit le caractère du liquide amniotique. *Examen*, fin novembre : utérus gros comme à 3 mois, mais n'ayant pas la consistance habituelle à cette époque de la grossesse. Un nouvel examen le 22 décembre montra que l'utérus avait peu augmenté de volume, moins en tout cas qu'à cette époque présumée de la grossesse. Mais on constata une forme remarquable de l'utérus ; il était nettement divisé en deux moitiés (ce qui rappelait la disposition d'un utérus bicorne), qui présentaient des dissemblances notables. La partie gauche, de consistance dure, laissait voir une connexion continue avec la masse, principale de l'utérus, tandis que la partie droite, de consistance presque fluctuante, paraissait complètement séparée de l'autre portion de l'utérus, en sorte qu'elle paraissait appendue à l'utérus à la façon d'une tumeur sphérique, de la grosseur d'un poing. A cette époque l'écoulement aqueux avait considérablement augmenté, en sorte qu'il fatiguait beaucoup la femme. Trois semaines plus tard, le 13 janvier 1907, l'utérus avait manifestement augmenté de volume, il correspondait alors comme grosseur à la fin du quatrième mois. Le fond arrivait presque à l'ombilic, on ne retrouvait pas la bipartition constatée au précédent examen. *Par contre, les doubles battements fœtaux étaient remarquablement perceptibles sur toute la surface de l'utérus*. Le 18 janvier, subitement, apparition de contractions utérines, qui aboutirent à l'expulsion du fœtus en présentation pelvienne : *ni avant, ni pendant, ni après l'accouchement, il n'y eut perte d'eaux*. Il fallut pratiquer la délivrance par expression, manœuvre au cours de laquelle on reconnut que l'*arrière-faix siégeait dans l'angle tubaire droit*. Le fœtus masculin, longueur 32 centimètres, poids 970 grammes, circonférence crânienne 25 centimètres, mourut une demi-heure après l'accouchement.

Suites de couches régulières.

Particularités constatées :

1° Sur le *fœtus* : grande rigidité des extrémités, flexions forcées, persistantes au niveau des jointures ; pied gauche en valgus.

2° Sur le *placenta* : poids 670 grammes, aspect très lobulé, type de placenta *circumvallata*. Au premier coup d'œil, on voit qu'il devait exister un défaut de proportion entre la cavité ovulaire et le fœtus ; d'ailleurs les membranes sont si fortement rétractées, que tout le fond de la cuvette ovulaire est presque à découvert. Cette cavité ovulaire contiendrait à peine 100 centimètres cubes de liquide. Le diamètre moyen de la surface du fond de la cavité est de 7,5 cm. tandis que celui de la surface placentaire générale varie de 14 à 13 centimètres. Le bord libre de membranes ovulaires est calleux, épaissi, la portion libre des membranes ne mesure que de 1 à 2 centimètres. En un point, les membranes sont rou-



lées en un cordon, qui porte à son extrémité un caillot sanguin ancien, adhérent à l'amnios. La paroi du placenta non recouverte par les membranes est très longue, jusqu'à 4 centimètres en certains endroits. A l'endroit où cesse cette paroi du placenta, on aperçoit le repli de l'amnios sous forme d'une bande un peu épaissie, qui toutefois n'est pas entièrement circulaire. Puis vient une margelle (margo) large d'un demi à trois quarts de centimètres, dans le voisinage duquel le chorion lœve et la caduque réfléchie forment avec le chorion touffu sous-jacent une duplicature et sont transformés en une lame fibrineuse, particularité typique dans le placenta marginata. Puis vient le repli de l'amnios.

Il est indiscutable que dans ce cas il s'est agi : *a*) *cliniquement*, d'une hydrorrhée amniotique (hydrorrhée utérine, le plus souvent associée à des hémorrhagies ; régression ou arrêt de l'accroissement en volume de l'utérus; augmentation de la consistance utérine jusqu'à dureté complète ; netteté remarquable des doublements fœtaux ; accouchement sec) ; *b*) *anatomiquement*, d'une grossesse extra-membraneuse (disproportion manifeste entre la cavité ovulaire et les dimensions du fœtus, placenta *circumvallata*). Se basant sur les travaux les plus récents (Liepmann, Krœmar) relatifs à l'anatomie et à la pathogénie du placenta *marginata* et du placenta *circumvallata* (productions anatomiques, à deux stades différents d un même processus), l'auteur admet pour le cas qu'il vient de rapporter la succession suivante des phénomènes : siège anormal du placenta (à l'angle tubaire) ; de ce fait, défaut de place, refoulement, plissement des membranes (pl. *circumvallata*), puis, par réduction du placenta fœtal, surdistension des membranes et leur *rupture* (hydrorrhée), variations de volume et de consistance de l'utérus, vie intra-utérine, mais extra-membraneuse du fœtus et compression, par absence du liquide protecteur de ce fœtus, d'où la rigidité en flexion articulaire forcée et le pied valgus observés post partum, etc.

R. L.

Contribution à l'étude de l'hydrorrhée de l'utérus gravide et du développement extra-membraneux du fœtus (Beitrag zur Lehre von der Hydrorrhœa uteri gravidi und der exochorialen Fruchtentwicklung). Wiemer, *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 23, p. 649.

Obs. — Observation analogue à la précédente. La grossesse, compliquée à maintes reprises de pertes aqueuses abondantes, parfois mélangées de sang, se termina vers 8 mois par la naissance d'un enfant qui pesait 2.000 grammes, couches *sèches* : le placenta pesait 650 grammes et il présentait une face fœtale beaucoup plus réduite que la face maternelle ; de plus, à la limite externe de la face fœtale et à l'insertion des membranes il y avait une marge, un anneau, mais pas très accentué, — toutefois il s'agissait indiscutablement d'un *placenta marginé*. Le sac ovulaire contenait environ 70 centimètres cubes d'eau, il y avait donc une disproportion manifeste entre ses dimensions et celles du fœtus, qui nécessairement avait dû se développer en dehors des membranes. Sauf des dépôts fibrineux surtout en un point de l'arrière-faix, pas d'altérations pathologiques. Toutefois, l'auteur estime que les pertes sanguines observées furent causées par une *insertion basse* du délivre. Le *fœtus*, assez bien développé, présentait une assez grande rigidité des extrémités inférieures, une attitude vicieuse des mains, des malformations des pieds (pied-bot), effets certains des compressions subies consécutivement à l'écoulement du liquide protecteur.

R. L.



Contribution à l'étude du placenta circumvallata (Beitrag zur Ætiologie der Placenta circumvallata). Liepmann, *Archiv f. Gyn.*, 1906, Bd. LXXX, Hft. 3, p. 439.

Irrégularités dans le clivage de la caduque à l'angle de la réfléchie et de la caduque basale, leurs rapports avec l'avortement, le placenta circumvallata et la grossesse extra-choriale (Störungen der Deciduaspaltung am Reflexa-basaliswinkel und ihre Beziehungen zu Abort, Placenta circumvallata und exochorialer Fruchtentwichlung). Kroemer, *Zent. f. Gyn.*, 1907, nº 5, p. 1, 29.

Le placenta marginé et sa genèse (La placenta marginata et la sua genesi). P. Sfameni, *Archivio italiano di ginec.*, c. VIII, vol. I.

Placenta *marginé*, placenta dont les caractères essentiels sont : 1° une différence notable entre l'étendue de la surface fœtale et celle de la surface maternelle, la face fœtale étant notablement plus réduite ; 2° présence d'un anneau blanc jaunâtre, situé à une certaine distance du contour externe du disque placentaire, anneau tantôt parfaitement continu, tantôt interrompu par endroits (anneau de Busch) ; 3° en certains cas, les membranes ovulaires paraissent accolées jusqu'au contour externe maximum, mais il suffit de les soulever en exerçant une légère traction, pour les voir se détacher jusqu'à cet anneau blanc jaunâtre où, par contre, elles sont fermement adhérentes. Au total, *cet anneau blanc jaunâtre marque la vraie limite externe du placenta fœtal, de la partie choriale touffue* (chorion frondosum) ; 4° sur certains placentas, on observe comme un sillon, plus ou moins profond, bordé d'un talus plus ou moins accentué, *c'est le placenta circumvallata.*

La recherche de la cause primitive du placenta marginé a, comme on le sait, fixé l'attention de nombre d'observateurs, et, au début, on s'est surtout rallié à la théorie inflammatoire (Klein, Veit, Gottschalk, etc.), et, naturellement, conséquent avec cette théorie, l'anneau jaune blanchâtre, trait anatomique constant de ce type placentaire, fut considéré comme l'aboutissant du processus inflammatoire pathogène primitif, incriminé. Plus tard, on a invoqué une théorie plus physiologique en quelque sorte, qui a mis en cause un trouble plus ou moins profond survenu dans le jeu des actions mécaniques qui président au développement harmonique de l'utérus et du placenta. Et dans ces derniers temps, les interprétations les plus intéressantes nous ont paru être celles de Sfameni, Krœmer et Liepmann ; les voici par ordre de date : 1° Sfameni. Cet auteur étudie d'abord, très minutieusement, la formation du placenta normal, montre qu'au début le placenta est comparable à une sphère creuse, que plus tard il devient en forme de coupe, d'écuelle, qu'enfin il prendra la forme discoïde, changements de forme qui s'effectuent surtout sous l'influence de trois forces :

a) pression intra-ovulaire, *b*) accroissement actif, au début de la grossesse, de l'utérus, *c*) pression intra-placentaire — actions mécaniques qui ont pour aboutissant, quand elles s'accomplissent régulièrement, l'étalement et la forme discoïde normale du placenta. Mais quand un de ces facteurs mécaniques

reste en défaut, qu'il y a exagération relative ou absolue des deux autres, les tractions qui, à l'ordinaire, déterminent cette forme normale du placenta, n'agissent plus harmoniquement, et les irrégularités morphologiques apparaissent. En résumé, écrit Sfameni, *de tout ce qui a été exposé on est, semble-t-il, en droit de conclure qu'il faut placer la genèse du placenta prævia dans une perturbation soutenue dans l'action de ces facteurs mécaniques. Cette perturbation peut résider dans une pression endo-ovulaire insuffisante comme dans une insuffisance de l'extension active de l'utérus, ou dans une combinaison troublée de ces deux actions.* Et cette explication cadrerait bien avec les faits cliniques. En général, le placenta marginata coïncide : *a*) avec la rareté notable du liquide amniotique ; il est fréquent dans les cas d'oligo-hydramnios, mais quand l'oligo-hydramnios existe dans les premiers mois de la grossesse. On l'observe constamment dans les cas de grossesse extra-choriale (*insuffisance de la pression endo-ovulaire*) etc. ; *b*) il est plus fréquent chez les primipares et chez les grandes multipares (défaut d'extensibilité de la fibre utérine chez ces deux catégories de sujets); et se rencontre dans les cas d'insertion du placenta à l'angle tubaire, sur le segment inférieur ; mais, alors, la *margo* se rencontre dans le 1er cas plutôt sur le segment supérieur, dans le second cas, sur le segment inférieur du placenta, au niveau desquels la distension active de la matrice est plutôt insuffisante.

Liepmann (Universitäts-Frauenklinik d. Kg. Charité à Berlin, prof. Bumm), a utilisé, pour essayer d'élucider la question toujours discutée de la pathogénie du placenta marginata quatre pièces qu'on eut la bonne fortune de recueillir à bref délai : 1° utérus gravide de 4 mois, obtenu par extirpation vaginale totale ; tuberculose pulmonaire avancée, la mère également tuberculeuse; utérus abaissé, ulcération estimée tuberculeuse au niveau de la partie vaginale de l'utérus ; dimension : *a*) de l'utérus 17,9, de la hauteur du repli 1 à 1,2 ; fœtus : de la tête au siège 10,3. *Opération* le 16 mars 1905, *exeat* le 8 avril 1905, *guérison* ; 2° mort par endocardite ulcéreuse. Utérus gravide de 7 à 8 mois. Dimensions de l'utérus 26 : 15,2, hauteur du pli 1,5 à 2,2 ; de la tête aux pieds 20 ; 3° 30 ans, VIIIpare. 6 enfants vivants, 2 avortements ; fausses douleurs gravidiques. Dimensions de l'utérus 21 : 14 ; pli 1 centimètre ; fœtus, de la tête aux pieds 18,5 ; 4° apportée dans le coma à la Clinique, n'avait jamais accusé de douleurs durant la grossesse. Dimensions de l'utérus, 21 : 13,3; hauteur du repli, 1 centimètre. Pièces qui, sur celles utilisées par les autres observateurs, présentaient les avantages suivants : 1° le placenta, encore absolument intact, était *in utero* ; 2° elles montraient des âges divers et des dimensions différentes de la paroi marginale ; 3° elles fournissaient des renseignements exacts sur le siège du placenta ; 4° elles permettaient de rechercher s'il existait sur d'autres points de l'utérus des altérations inflammatoires. Or, de ces recherches minutieuses, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° placenta marginata et circumvallata sont faits par un plissement des membranes ; 2° placenta marginata provient du placenta circumvallata par aplatissement du repli membraneux sous l'influence de l'élévation de la pression interne et du défaut de place ; 3° endométrite déciduale, formation d'infarc-



tus, ne sont pas cause, mais seulement effets secondaires du plissement membraneux, etc. ; 4° le plissement se fait à une époque où la caduque réfléchie n'est pas encore soudée à la caduque vraie ; 5° il faut placer la cause du plissement membraneux dans une sorte de « refoulement » du sac ovulaire produit : *a*) par le siège anormal du placenta : à l'angle tubaire, placenta prævia ; *b*) par les variations dans la quantité du liquide amniotique ou par les contractions dites de grossesse ; 6° contrairement à l'opinion de Herf, il ne faut pas attacher d'importance spéciale au placenta circumvallata sur la grossesse et le *post-partum*.

Krœmer a également essayé d'expliquer la formation du placenta marginé et circumvallata, effets, d'après lui, d'un trouble survenu surtout dans l'un des processus qui, physiologiquement, concourent à la formation du placenta normal. A son avis, il y a à considérer : 1° la pression intra-ovulaire ; 2° le tonus utérin ; 3° un processus dont l'évolution régulière est, à son avis, absolument nécessaire au développement normal de l'arrière-faix, *processus de clivage, de division de la caduque vraie, qui, jusqu'au moment où caduque réfléchie et caduque vraie s'accolent, se fusionnent définitivement, se produirait au niveau du bord décidual ovulaire de la caduque vraie et qui aurait pour effet d'allonger en quelque sorte la caduque réfléchie et la caduque sous-choriale, la caduque réfléchie étant dans l'impossibilité, quel que soit son amincissement progressif, de suivre l'accroissement de l'œuf et de lui constituer une capsule suffisante quand, pour une raison quelconque, ce processus de clivage s'arrête trop tôt* (1) : « Le trouble survenu dans la division de la caduque vraie et l'étroitesse déciduale qui en résulte forcément, écrit Krœmer, produisent simultanément la malformation placentaire et l'hypertension de la capsule. Celle-ci est-elle trop mince, elle se rompt. Mais la grossesse est-elle assez avancée et la caduque vraie est-elle en état de la remplacer, c'est-à-dire, le moment est-il venu où le tonus utérin peut servir de soutien à l'œuf, alors la malformation placentaire persiste comme la seule irrégularité évolutive constatable. L'amnios est la plus extensible des trois membranes. Il peut rester intact jusqu'au dernier moment de l'accouchement (coiffe de bonheur). Mais le sac amniotique ne protège pas toujours suffisamment le produit de conception contre les contractions utérines. Le fœtus *exochorial*, resté dans le sac amniotique, *peut* présenter à la naissance des lésions graves, effets des compressions utérines (fœtus papyraceus, etc.). Une éventualité beaucoup plus rare, c'est la rupture précoce de l'amnios, le chorion restant intact, elle doit être sous la dépendance d'un arrêt de développement de l'amnios. Dans ce cas, le produit de conception se développe dans son propre cœlome externe. »

---

(1) Quand, pour une cause quelconque, le clivage s'arrête, c'est que le bord décidua ovulaire (cad. vraie ou réfléchie) est devenu fermement fixé au chorion, qu'il le tire plutôt en bas et l'empêche de s'élargir davantage, en sorte que la face fœtale du placenta reste, de ce fait, limitée et cernée par ce bord annulaire, rigide (placenta marginata), qui lorsqu'il siège un peu plus haut, à la base de la réfléchie, produira le placenta circumvallata.



En résumé, placenta marginata et circumvallata ne sont pas, comme on le pensait, des conséquences de processus inflammatoire, mais bien d'un trouble survenu dans l'évolution d'un processus physiologique. Et il suffit de réfléchir aux effets divers que peut causer, *quand il y a étroitesse notable de la surface fœtale du placenta*, une exagération soit de la pression intra-ovulaire soit du tonus utérin, avant et après la soudure des deux caduques (réfléchie et vraie), pour s'expliquer, prévoir même, une série de complications qui accompagnent fréquemment ces malformations placentaires (rupture de la capsule ovulaire avec possibilité d'hémorragies, avortement, accouchement prématuré; hydrorrhée amniotique, oligoamnios, grossesse extra-membraneuse, malformations fœtales, etc.). R. L.

De l'étiologie du chorio-épithéliome sans tumeur primaire de l'utérus (Zur Ætiologie der Chorioepitheliome ohne Primärtumor im Uterus). WALTHARD, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 3, p. 443.

On a admis la possibilité de chorio-épithéliomes *primitifs* de divers organes (vagin, foie, poumons, rein, cerveau, etc.), c'est-à-dire de chorio-épithéliomes absolument indépendants de tumeurs semblables de l'utérus. Toutefois, Schmorl, ayant fait des recherches sur ce sujet, émit une opinion plutôt réservée: *les cellules placentaires déplacées par processus emboliques et qui sont susceptibles de transformations progressives seraient exclusivement des cellules qui proviennent de placentas pathologiques, de villosités dégénérées dans le sens de dégénérescence vésiculo-môlaire* (1). Par contre, Pick et Marchand défendent l'opinion que, même en l'absence de tout chorio-épithéliome utérin, de toute dégénérescence môlaire même circonscrite, des chorio-épithéliomes peuvent se développer dans les organes les plus divers, consécutivement à des embolies de complexus cellulaires, issus d'un placenta normal. De plus, on est conduit à admettre des néoplasies viscérales semblables aux chorio-épithéliomes du testicule.

« L'observation suivante, écrit l'auteur, exemple unique, à notre connaissance, de chorio-épithéliome malin de la seconde moitié d'une grossesse évoluant normalement avec enfant vivant, nous paraît fournir une contribution à l'étiologie de ce chorio-épithéliome sans tumeur primitive au niveau de l'utérus. »

OBS. — 27 ans; mariée depuis 6 ans, cinquième grossesse. Les quatre premières grossesses et les quatre accouchements correspondants normaux (pas de fausses couches, pas d'accouchements prématurés), menstruation régulière. Dernières règles, fin septembre 1902. Cette dernière et cinquième grossesse marcha bien jusque vers le milieu du septième mois; à partir de ce moment, d'abord de temps à autre, écoulement sanguinolent; bientôt hémorragies génitales, qui nécessitèrent l'entrée à l'hôpital (trentième semaine de la grossesse). De la note émise par le chef de service (docteur Guanguillet), ressortent les données suivantes : volume de l'utérus en rapport avec l'âge de la grossesse; au-dessus du détroit supérieur, tête fœtale légèrement mobile, dos à droite, bruits

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1905, p. 315.

du cœur nettement perceptibles. A *l'examen interne*, orifice externe légèrement entr'ouvert, orifice interne fermé. Sur la paroi vaginale antérieure, à peu près à la limite du tiers moyen et du tiers inférieur, ainsi qu'à gauche, au niveau de la portion supérieure de la paroi vaginale postérieure, on trouve une production polypeuse, grosse à peu près comme une noisette, à surface ulcérée, avec enduit grumeleux, de consistance molle et saignant au plus léger contact. En vue d'un examen histologique, excision des deux grosseurs qui furent confiées à un histologiste (professeur Howald) : le rapport conclut à des *métastases chorio-épithéliomateuses*.

A un nouvel examen vaginal, les surfaces d'exérèse des deux productions polypeuses parurent guéries complètement; on ne constata, ni à la vue, ni par le toucher, aucune altération anatomique à ce niveau. Sauf un certain degré d'anémie, rien à noter dans l'état général. A ce moment, la malade fut transférée à l'hôpital, dans le service de Walthard. Au résumé, il paraissait s'agir de *métastases chorio-épithéliomateuses, au cours de grossesse, avec enfant vivant*, fait encore non rapporté, et pour mettre à l'abri la femme d'une généralisation très probable de sa tumeur, si on laissait la grossesse aller à terme, *on se résolut à pratiquer l'hystérectomie totale, qui, de plus, à cause de l'enfant vivant, fut précédée de la césarienne*. L'enfant mourut le même jour, 4 heures après l'opération. Quant à la mère, elle se remit vite et, grâce à un traitement approprié, son anémie s'améliora très notablement.

Mais, 7 mois après, cette femme rentrait dans le premier hôpital, accusant des douleurs dans le flanc gauche, avec irradiations vers le rein et la région vaginale gauche. Il y avait également hématurie. *Mort* bientôt après.

Observation nécropsique. — Corps petit, grêle; musculature et tissu adipeux très peu développés. Rigidité cadavérique très peu accusée aux extrémités. Taches cadavériques à peine marquées à la surface dorsale. Décoloration marquée du tégument externe et des muqueuses. Un centimètre environ à gauche de la ligne médiane, cicatrice, longue d'environ 20 centimètres, commençant à la symphyse, etc., sur la ligne mammaire, bord du foie, au niveau du bord costal. Grand épiploon en situation normale, le tiers inférieur très pigmenté en gris; quelques adhérences en haut avec la cicatrice; celle-ci partout solide. Dans le fond du petit bassin, environ 50 grammes de liquide clair, très faiblement sanguinolent. Utérus et annexes manquent. A la paroi antérieure du Douglas, immédiatement au-dessous de la vessie, cicatrice à direction transversale, longue de 8 centimètres, large de 1 à 2 millimètres; sutures à la soie encore nettement visibles. *Le rein gauche*, extrêmement augmenté de volume, s'étendant du promontoire au diaphragme. Son bord interne arrive au milieu de la colonne vertébrale. Vers le pôle inférieur, et semblant avoir des connexions avec lui, deux nodosités. *Thorax* : Poumon gauche un peu rétracté; en arrière, un peu adhérent à son sommet. Dans la cavité pleurale gauche, 20 centimètres cubes environ d'un liquide brunâtre, un peu trouble, renfermant beaucoup de fibrine. Poumon droit adhérent à la pointe, adhérences lâches; dans la cavité pleurale droite, 20 centimètres cubes de liquide brunâtre, tout à fait limpide. Dans le *péricarde*, 20 centimètres cubes de liquide limpide, jaune foncé. *Cœur* un peu gros, mou. Dans le cœur gauche seulement un peu de sang coagulé : Pas d'altérations valvulaires : Musculeuse du cœur notablement pâle. *Œsophage* : Muqueuse pâle. *Larynx* et *trachée* : Un peu de liquide muqueux et spumeux. *Thyroïde* modérément grossie et composée de noyaux nombreux plus ou moins gros, la plupart calcifiés. Entre ces noyaux, le tissu de la glande peu apparent, atrophié et anémié. *Aorte* normale.

Poumon gauche de volume normal. A la face postérieure du lobe inférieur, plusieurs petites hémorragies. Plèvre lisse, unie, sauf à la partie postérieure des lobes supérieur et moyen, où existent des adhérences très friables et assez fortement vascularisées. Tissu des lobes supérieur et inférieur assez œdémateux, peu congestionné, assez uniformément aéré. En arrière et en bas, au lobe inférieur, un *nodule* sphérique, nettement circonscrit, d'un diamètre de 2 centimètres. A la coupe, on voit un tissu finement granuleux, très infiltré de sang à la périphérie, brun jaune au centre, et en général assez trouble. Consistance molle. En arrière et en haut, toujours au lobe inférieur, un groupe de trois petits noyaux (3 à 5 millimètres de diamètre) avec mêmes caractères que le précédent. Un pareil nodule, petit, existe à la face antérieure du lobe inférieur.

Sur le *poumon droit* on constate également plusieurs nodules, plus ou moins infiltrés de sang. *Rate*, de grosseur normale, un peu flasque. A la coupe, pulpe notablement pâle.

Consistance notablement diminuée. *Rein* gauche très adhérent aux tissus voisins. Pas d'apparence de néoplasie. Longueur, 20 centimètres; largeur maxima, 11 centimètres et demi; épaisseur maxima, 10 centimètres et demi. La capsule du rein a contracté surtout en dehors de nombreuses et solides adhérences, elle ne se laisse pas détacher. La surface de section est, pour la plus grande portion, faite de tissu néoplasique; à la coupe, tissu sec, irrégulier, plus ou moins finement granuleux. Dans les points où il est bien accusé, ce tissu est blanchâtre, granuleux, d'aspect médullaire; il est mou, non transparent; en certains points, il est fortement ramolli et le siège d'extravasations sanguines. Le tissu rénal parait encore bien conservé vers les pôles supérieur et inférieur, tissu cortical et des pyramides. Le bassinet est fortement dilaté, et en partie occupé par la tumeur. Egalement, la veine rénale est pour la plus grande part obstruée par le tissu de la tumeur qui n'adhère pourtant pas à la paroi. Les deux noyaux du pôle inférieur sont formés d'un tissu sale, brun sombre, ramolli au centre et très infiltré de sang.

Rein droit doublé environ de volume, mais sans altération notable ; toutefois, section extrêmement pâle. *Estomac* : Peu de mucus, muqueuse très pâle. *Duodénum* : Peu de mucus; muqueuse jaunâtre ; cholédoque perméable. *Foie* de grosseur normale, surface lisse ; très anémique à la coupe. Dans le lobe droit, au voisinage du ligament suspenseur, nodule oviforme, nettement circonscrit (long., 35 millimètres ; épaisseur, 20 millimètres ; largeur, 25 millimètres). A la face inférieure du lobe gauche un autre noyau (long., 7 centimètres ; épaisseur, 11 centimètres ; largeur, 10 centimètres), très ramolli. Tissu gris blanchâtre ; peu transparent, avec peu d'infiltrats hémorragiques. A la coupe du lobe droit, encore deux nodules gros comme des œufs de pigeon. Un quatrième noyau sphérique est le siège d'infiltrats hémorragiques étendus. *Ganglions* rétro-péritonéaux normaux. *Vessie* : muqueuse très infiltrée de sang ; urine très sanguinolente. *Intestin* normal. *Pancréas* de volume normal, pâle.

Non seulement ces tumeurs multiples du rein gauche, des poumons, du foie, mais encore l'utérus, le placenta (placenta *in situ*), qui avaient été, dès l'opération, très soigneusement réservés à cette destination, furent l'objet d'examens histologiques extrêmement minutieux (tous les aspects histologiques prêtant à discussion étant de plus soumis à l'appréciation très compétente du professeur Langhans). Or, l'auteur résume de la façon suivante les résultats de ces recherches très intéressantes :

« Rien dans l'anamnèse ne porte à penser que les chorio-épithéliomes multiples constatés à la nécropsie (foie, poumons, vagin, rein) aient pu résulter d'embolies de cellules placentaires à l'occasion d'un avortement antérieur à la dernière grossesse ; d'autre part, rien n'autorise à considérer la néoplasie rénale comme si elle était la tumeur primitive et le point de départ des autres néoplasies viscérales, aucune raison ne pouvant être invoquée pour lui conférer la qualité de *tératome*. D'ailleurs, le volume considérable de cette néoplasie rénale s'explique suffisamment par l'accroissement simultané de plusieurs métastases dans ce rein. En ce qui concerne le placenta et l'aire placentaire *in utero*, les recherches histologiques les plus minutieuses, en coupes sériées, ne décelèrent pas la moindre apparence de chorio-épithéliome utérin, pas la moindre dégénérescence môlaire, même circonscrite, des villosités choriales ; il n'y avait même pas, au niveau de la sérotine, une invasion anormale soit de la caduque basale, soit de la musculeuse utérine par les cellules placentaires.

« Cette observation démontre donc que des chorio-épithéliomes, même mortels, peuvent affecter les organes les plus divers d'un sujet et être émanés,

cependant, de l'épithéliome chorial ou du syncitium d'un placenta dans lequel nos moyens actuels d'investigation sont impuissants à déceler des altérations hydatiformes ou d'autres altérations expliquant une faculté anormale de prolifération des cellules placentaires.

« Ce point nous paraît, en outre, fortifier au moins autant l'hypothèse de Pick-Zagoryansky, d'après laquelle cette tendance à proliférer des cellules placentaires embolisées serait due à un affaiblissement de la force qui, dans les conditions ordinaires, s'oppose à cette prolifération, que l'autre opinion qui tend plutôt à invoquer une faculté de prolifération, exceptionnelle, de ces cellules placentaires. »

R. L.

Action de la scopolamine-morphine dans les accouchements (Zur Scopolamin-Morphinin Wirkung bei Geburten). W. STEFFEN, *Arch. f. Gyn.*. Bd. LXXXI, Hf. 2, p. 451.

Cette action — semi-anesthésie, quelque chose sans doute de comparable au « chloroforme à la reine », mais avec des effets secondaires autrement fâcheux d'après au moins certains observateurs (Preller, Steffer) — obtenue par l'association de la scopolamine et de la morphine, que Steinbüchel (1) a expérimentée le premier dans les accouchements (1903), a été depuis essayée par d'autres accoucheurs et appréciée diversement. Elle a eu surtout un avocat convaincu dans Gauss, qui, à plusieurs reprises et spécialement dans un important et tout récent mémoire (accouchement dans le demi-sommeil par la scopolamine-morphine, premier mille) (2), insiste sur les avantages de la méthode. Or le travail actuel de Steffen est en quelque sorte un travail de contrôle, très soigneux, fait à la clinique de Dresde, sous la direction du professeur Léopold; contrôle qui a porté sur 320 accouchements, dans lesquels on s'est efforcé de réaliser le plus possible les conditions d'efficacité et de pureté requises par Gauss (détails de technique, qualités du médicament)... Dans les 20 derniers cas en particulier, on a mis tous les soins à procéder avec quelques garanties de plus réclamées par Gauss dans sa dernière contribution. Or, en dépit des précautions prises, et malgré la grande expérience des expérimentateurs, les résultats obtenus à la *Frauenklinik* de Dresde ont été rien moins qu'encourageants.

Par ces résultats (ceux obtenus dans les 20 derniers accouchements) non seulement les constatations défavorables notées dans les 300 premiers accouchements sont entièrement confirmées, mais encore ils établissent qu'en dépit de la pureté du médicament et de l'observation la plus exacte des conditions indiquées par Gauss, le nombre des effets secondaires fâcheux est plutôt plus grand : l'insécurité de l'application de la méthode est parfaitement démontrée, etc. Des 320 faits observés il ressort que la scopolamine-morphine n'amène pas —

(1) STEINBUCHEL, *Schmerzwerminderung und Narkose in der Geburtlhulfe*. Vienne, 1903. et *Annales de Gyn. et d'Obst.*, novembre 1903, p. 309.

(2) *Munch. med. Wochensch.*, n° 4, 1907.

par un état de sommeil — la cessation ou l'allégement des douleurs de la parturition, désirables souvent. Amène-t-elle, dans une minorité de cas, une diminution, un émoussement de la sensibilité aux douleurs, cette action, d'ordinaire, se complique d'effets secondaires fâcheux : réduction de l'activité utérine jusqu'à arrêt total du travail, affaiblissement des doubles battements fœtaux ; agitation physique ; confusion mentale allant jusqu'au délire avec hallucinations, etc., d'où ces conclusions : Nous jugeons la méthode : 1° *insuffisante* sous le rapport de l'effet cherché ; 2° *non sans dangers* pour la mère et pour l'enfant ; 3° *non à conseiller dans la pratique privée*, parce qu'en raison de ses effets secondaires tout à fait imprévus, il faut qu'à tout moment le praticien puisse être là.

R. L.

Encore à propos des accouchements à la scopolamine morphine (Nochmals zu den Geburten mit Skopolamin-Morphinin). HOCHEISEN, *Münch. med. Wochensch.*, mars 1907, p. 529.

Les résultats qu'a obtenus l'auteur par la demi-narcose avec la scopolamine-morphine dans 100 accouchements auraient été assez peu satisfaisants. Aussi, tant que la méthode n'aura pas été améliorée et qu'on n'aura pas obtenu un produit plus constant, déconseille-t-il vivement aux praticiens de recourir à ce procédé de semi-anesthésie.

R. L.

Semi-narcose par la scopolamine et la morphine dans 107 accouchements (107 Geburten in Skopolamin-Morphin-Halbnarkose). O. BASS, *Münch. med. Wochensch.*, mars 1907, p. 519.

De la considération attentive des résultats obtenus, à la *Clinique de Chrobak* (à Vienne), dans une série de 107 accouchements, par l'utilisation de la demi-narcose à la scopolamine et à la morphine, l'auteur formule les conclusions suivantes : 1° dans la très grande majorité des cas, les douleurs de l'accouchement furent sûrement notablement allégées par les injections de scopolamine et de morphine ; 2° pour obtenir le résultat désiré, il suffit de 3 dixièmes de milligramme de scopolamine et d'un centigramme de morphine ; l'élévation de la dose n'améliore pas notablement le résultat ; 3° *en beaucoup de cas*, *il est indiscutable que ces injections* (scopolamine-morphine) *ont augmenté la durée du travail*, mais la plupart du temps de manière insignifiante, sans désavantages pour la mère et pour l'enfant ; 4° contractions, période placentaire ne furent pas fâcheusement modifiées contrairement à l'activité de la paroi abdominale (Bauchpresse) ; 5° la méthode n'eut par rapport aux mères aucun mauvais effet ; 6° mais elle ne se montra pas indifférente par rapport à l'état de l'enfant. *Le cas de mort d'enfant observé*, et qu'on peut, ou à peu près, rapporter exclusivement à ces injections, démontre qu'il convient de n'employer qu'avec réserve cette méthode, autrement applicable et utile.

R. L.

Demi-sommeil à la scopolamine et anesthésie spinale dans les opérations gynécologiques (Skopolamin-Dammerschlaf und Spinalanästhesie bei gynäkologischen Operationen). G. KLEIN, *Zeut. f. Gyn.*, 1907, n° 27, p. 326.

De ses observations personnelles, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le demi-sommeil (scopolamine-morphine) et l'anesthésie spinale sont particulièrement indiqués quand la narcose par inhalations est contre-indiquée ;

2° Demi-sommeil et anesthésie spinale, isolés ou combinés, dans une série de cas remplacent totalement chloroforme et éther ; dans une autre série de cas, ils permettent de diminuer la quantité employée ;

3° L'anesthésie spinale, en gynécologie, convient particulièrement pour les plasties vaginales, périnéales, vulvaires, comme pour les cœliotomies, **à condition qu'elles ne nécessitent pas de forts tiraillements de l'utérus** et qu'il n'y ait pas d'adhérences de l'utérus et des annexes ;

4° Chez les sujets timorés, la combinaison du demi-sommeil et de l'anesthésie spinale est indiquée.

Quand on doit produire de forts tiraillements de l'utérus et des annexes, particulièrement dans l'extirpation vaginale totale de l'utérus et des annexes ou dans les opérations abdominales pour annexes très adhérentes (pyosalpingectomie), la narcose par inhalations peut s'imposer ; toutefois, par l'utilisation isolée ou combinée du demi-sommeil et de l'anesthésie spinale, on peut réduire notablement les quantités de chloroforme et d'éther nécessaires.

Jamais, dans notre pratique, il ne fut enregistré une complication grave ou un effet secondaire fâcheux de l'emploi de ces méthodes ; au contraire, les opérées se trouvèrent remarquablement mieux et se remirent beaucoup plus rapidement qu'après les chloroformisations prolongées.

R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.



THÉRAPEUTIQUE DE LA DYSTOCIE CAUSÉE PAR VICIATION PELVIENNE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE (1889-1907)

Par le professeur **A. PINARD** (1).

Messieurs, pour des raisons multiples, il me paraît utile de vous exposer non seulement la thérapeutique appliquée actuellement, à la clinique Baudelocque, dans les cas de dystocie causée par viciation pelvienne, mais aussi les principales phases évolutives de cette thérapeutique, depuis l'inauguration de cette clinique jusqu'à ce jour, c'est-à-dire DE L'ANNÉE 1889 AU MOIS DE JUILLET 1907.

Prendre le fait du jour vu et observé par les élèves et en exposer toutes les faces ; mettre en relief la variation infinie des cas offerts par la clinique et faire apprécier la distance qui les rapproche ou les éloigne des schémas théoriques ; démontrer en quoi le fait vient confirmer ou infirmer les notions connues ; examiner si le résultat plaide pour ou contre la méthode suivie, le procédé employé, tel a été l'objet de mon enseignement quotidien.

Je vais m'efforcer aujourd'hui de synthétiser cette étude analytique, poursuivie d'une façon incessante pendant ces dix-huit années.

Mais auparavant, je crois nécessaire encore de vous résumer brièvement les préceptes considérés comme classiques, préceptes guidant la pluralité des accoucheurs français, au moment où j'inaugurais cette Clinique.

*
* *

A cette époque, les préceptes généraux enseignés et mis en pratique par nos Maîtres concernant la conduite à tenir chez une FEMME EN TRAVAIL ne pouvant accoucher spontanément, par suite d'un rétrécissement du bassin, étaient les suivants :

1° Faire une application de forceps ;

---

(1) Résumé des leçons faites à la Clinique Baudelocque de mars à juillet 1907.



2° Pratiquer la craniotomie et la basiotripsie dans les cas d'impossibilité d'extraction de la tête par le forceps, **QUE L'ENFANT SOIT VIVANT OU MORT.**

Les accoucheurs s'étaient, depuis Levret, presque exclusivement ingéniés à chercher quelles modifications de l'instrument pouvaient le rendre plus efficace.

Ils avaient théoriquement étudié la meilleure accommodation de la tête fœtale pour son passage à travers un bassin rétréci, que cette tête se présentât première ou dernière (1).

Ils avaient plus ou moins étudié expérimentalement *quelle force* pouvait et devait être employée, aussi bien dans les tractions manuelles que dans les tractions mécaniques.

Et, dans un autre ordre d'idées, ils s'étaient évertués à trouver un instrument puissamment efficace pour réduire les diamètres de la tête fœtale.

Ainsi quand j'arrivai dans cette clinique, quoique déjà quelque peu instruit par l'expérience, imprégné surtout des préceptes classiques, j'enseignai et je préconisai :

1° *L'emploi du forceps Tarnier avec prise régulière de la tête au détroit supérieur* (2).

2° *L'emploi de la manœuvre de Champetier de Ribes lorsque la tête venait dernière.*

3° En cas d'impuissance de ces *moyens de force*, la perforation de la tête à l'aide de ce merveilleux instrument qu'est le *basiotribe* imaginé par Tarnier en 1883, et que j'employai le premier sur la femme vivante, le 18 janvier 1884 (3).

En résumé, le forceps Tarnier, la manœuvre de Champetier de Ribes, le basiotribe Tarnier, telles étaient les trois armes que j'avais à ma disposition pour lutter contre les difficultés du passage de la tête à travers un bassin rétréci.

L'opération de Porro (amputation utéro-ovarique, connue depuis 1876), *l'opération césarienne conservatrice*, si heureusement modifiée dans sa technique opératoire en 1882 (Kehrer, Sænger) étaient encore des opérations d'exception, peu ou point pratiquées en France. Cepen-

(1) Voir CHAMPETIER DE RIBES, *Sur passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans les présentations du siège*. Thèse de Paris, 1879.

(2) Voir LEPAGE, *De l'application du forceps au détroit supérieur*. Thèse de Paris, 1888.

(3) Voir A. PINARD, Le basiotribe Tarnier. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1885.

dant, à côté de l'enseignement officiel, ces deux opérations trouvaient déjà un accueil favorable dans l'esprit de certains accoucheurs (1).

Je viens de vous résumer la thérapeutique classique appliquée à la dystocie causée par rétrécissement du bassin, chez une *femme en travail*. Voyons maintenant la thérapeutique appliquée dans les mêmes cas, mais PENDANT LA GROSSESSE.

Cette thérapeutique s'appelait alors *thérapeutique prophylactique*. Le bassin étant jugé trop étroit pour le passage d'une tête fœtale à terme, on s'efforçait de faire passer cette tête avant qu'elle eût des dimensions supérieures à celles du bassin. On interrompait la grossesse, on *provoquait l'accouchement*.

L'accouchement provoqué, pratiqué en France pour la première fois par Stoltz en 1831, approuvé par Dubois en 1834, fut, à partir de cette époque, universellement adopté en France.

J'ai reflété l'opinion classique et donné la mienne à ce sujet dans une des premières leçons faites à cette clinique, en 1890 (2).

Connaissant par expérience les résultats obtenus dans nombre de cas, à l'aide des armes dont je vous ai parlé, je considérais alors l'accou chement provoqué comme une *conquête*? J'ai donné à ce moment une statistique portant sur 100 cas où j'avais interrompu la grossesse, et dont voici les résultats :

Accouchements provoqués	100
Femmes bien portantes	99
Femme morte.	1
Enfants vivants au moment de la naissance . .	83
Enfants morts pendant le travail	17
Enfants morts avant leur sortie du service . .	16
Enfants sortis bien portants	67

Tout en me déclarant satisfait de ces résultats, qui pouvaient soutenir la comparaison avec tous ceux publiés jusqu'alors, je montrais déjà combien la pratique s'éloigne de la théorie.

Au point de vue des indications, je montrais combien d'inconnues rendaient difficile la solution du problème, et je disais : vous voyez

(1) Voir A. Pinard, De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. *Annales de gynécologie*, 1879. — Potocki, De l'opération césarienne, in *Annales de gynécologie*, mars, avril, mai, juin 1886.

(2) Voir A. Pinard, De l'accouchement provoqué. *Annales de gynécologie*, janvier 1891.



combien la précision mathématique est nécessaire, combien hélas! elle est difficile, sinon impossible, en pratique. Aussi ne vous étonnez pas d'apprendre que nombre de grossesses aient été provoquées ou trop tôt ou trop tard.

En résumé, nous avions :

Chez la femme EN TRAVAIL, la **force** qui souvent nous donnait un *blessé* ou un *tué*.

Chez la femme ENCEINTE, la **loterie** qui, quand le billet était heureux, nous donnait un *prématuré*.

Si, au point de vue étroit de l'accouchement proprement dit, nous étions supérieurs à nos devanciers, si nous avions les moyens nous donnant la certitude — que ne possédaient pas les anciens — d'extraire un enfant vivant ou mort sans faire courir de grands dangers à la mère, combien étaient nombreux encore les cas où non seulement se manifestait notre impuissance, mais aussi où nous étions dans l'effroyable nécessité de TUER, alors que l'essence même du rôle médical est de conserver la vie toujours et partout ! N'était-ce point là une monstruosité, un opprobre scientifique et humain ! Même en ne tuant pas, conservions-nous vraiment la vie et la vie normale aux prématurés ? Si, avec la couveuse et le gavage nous les faisions vivre, leur donnions-nous pour l'avenir une vie normale ? Leur vie extra-utérine n'était-elle point abrégée ou amoindrie de par la brièveté de leur vie intra-utérine ? Autant de questions angoissantes que je m'efforçai d'étudier et de solutionner.

Cette thérapeutique, considérée comme classique, fut appliquée exclusivement à la clinique Baudelocque pendant les années 1900 et 1901. Vous pourrez voir sur les tableaux I et II le nombre, la nature et le résultat de ces interventions.

*
* *

C'est dans l'année 1901 que Spinelli vint nous faire connaître les résultats obtenus à Naples par son maître Morisani (1), en pratiquant la symphyséotomie, c'est-à-dire l'agrandissement du bassin : 24 opérations de symphyséotomie, avec 24 résultats favorables pour la mère et 23 pour l'enfant.

(1) V. SPINELLI, Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'École obstétricale de Naples. *Annales de gynécologie*, janvier 1892.

Je vous rappelle, à cette occasion, que la symphyséotomie fut imaginée en 1768 par un de nos compatriotes, Sigault, étudiant en chirurgie, qui la pratiqua pour la première fois et avec succès, en 1777, sur la femme d'un soldat du guet, nommé Souchot.

Sans vouloir vous exposer ici les causes qui avaient fait abandonner et condamner la symphyséotomie par le plus grand nombre des accoucheurs, ni les raisons pour lesquelles l'école obstétricale de Naples affirmait avec ténacité que cette opération était une opération utile, bienfaisante, appelée à tenir une large place en obstétrique opératoire, je vous rappellerai seulement que l'avènement de *l'antisepsie* avait rendu possibles et inoffensives une foule d'opérations, jadis graves, sinon toujours mortelles.

Dans ces conditions nouvelles, avec mon collègue le professeur Farabeuf, et mon chef de clinique, le docteur Varnier, nous entreprîmes des études et des expériences — les documents anciens ne pouvant guère nous servir — dans le but de donner une solution aux questions suivantes :

1° Peut-on, par la symphyséotomie, obtenir, sans lésions graves, un agrandissement notable du bassin ? Quel peut être cet agrandissement ?

2° La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs et, si oui, comment doit-on la pratiquer ?

3° Quelles sont les suites de l'opération, relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche et à l'évolution des grossesses ultérieures ?

Dans une leçon faite le 7 décembre 1891 (1), je donnais une réponse à ces trois questions et je terminais par ces paroles :

« Si je ne me trompe, la symphyséotomie, qui a eu la mauvaise fortune d'être enfantée par un homme sans connaissances suffisantes en accouchements, et qui par ce fait ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujourd'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus exactes que nous possédons sur les rétrécissements du bassin, guidée par la sûreté de nos procédés d'exploration, profitant des perfectionnements de nos techniques opératoires, deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas, et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans

(1) V. A. Pinard, De la symphyséotomie. *Annales de Gynécologie*, février 1892.



bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint où elles régneront seules, sans partage. »

Le 7 décembre 1893 (1), je montrais ici même, dans cet amphithéâtre, 13 femmes chez lesquelles la symphyséotomie avait été pratiquée.

L'état général de ces femmes ne laissait absolument rien à désirer. Je ne pouvais montrer que 10 superbes enfants, car si tous les 13 étaient nés vivants, 3 avaient succombé quelques jours après la naissance, mais non du fait de la symphyséotomie. J'avais fait naître l'un, en particulier, trop prématurément dans un cas où j'avais cru bon de combiner l'accouchement provoqué et la symphyséotomie.

Après avoir exposé ma technique opératoire, je considérais déjà la symphyséotomie comme devant prendre une très grande place dans l'obstétrique opératoire et j'ajoutais qu'à mon avis, d'après ce que je savais déjà d'elle, *des accouchements provoqués, par trop prématurés*, seraient évités, et qu'elle ferait disparaître également *toute application de forceps dite de force*.

Enfin j'avançais, avec preuves à l'appui, que, dans les bassins obliques ovalaires avec synostose d'une symphyse sacro-iliaque, on peut pratiquer avec succès une pelvitomie conçue et réglée par le professeur Farabeuf : *l'ischio-pubiotomie* ou *opération de Farabeuf* (2).

Pendant l'année 1893, le professeur Farabeuf, si passionné pour la recherche de la vérité, démontrait, après de longues et patientes études, ce que nous faisions de mal dans nos applications de forceps luttant contre le bassin étroit. D'autre part, les travaux des neuropathologistes, mes observations personnelles de plus en plus nombreuses, m'avaient donné la conviction qu'un enfant né avant terme est, bien plus qu'un autre, candidat aux diplégies cérébrales et aux infirmités : incontinence d'urine, hernie dite congénitale, etc., aussi avais-je pris des déterminations qui me permettaient de dire le 7 décembre 1893 :

« Je n'ai jamais eu tant de rétrécissements du bassin que cette année, je n'ai jamais pratiqué moins d'opérations (Voyez tableau I). C'est que pour la première fois j'ai appliqué et de plus en plus rigoureusement les préceptes suivants :

« 1° Abandon de l'accouchement provoqué, dans tous les cas où la

(1) V. A. PINARD, De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1893. *Annales de gynécologie*, janvier 1894.

(2) V. FARABEUF, Possibilité et moyens de traiter scientifiquement la dystocie du détroit supérieur rétréci. *Annales de Gynécologie*, mai-juin 1894.

symphyséotomie peut permettre le passage d'une tête de fœtus à terme;

« 2° Abandon de toute application de forceps pour résistance osseuse (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation, ou au détroit inférieur) ;

« 3° Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;

« 4° Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie), dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée, et où le calcul me démontre que la section du bassin permettra le passage de la tête ;

« 5° Amputation utéro-ovarique dans les cas d'étroitesse absolue. »

En 1894, je soutenais, au Congrès international des sciences médicales, tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894 (1), les conclusions générales suivantes :

a) L'embryotomie, le broiement, l'attente de la mort d'un enfant vivant doivent être à jamais proscrits ;

b) L'agrandissement momentané du bassin, pratiqué dans les limites et conditions indiquées, doit faire abandonner : 1° l'accouchement provoqué ; 2° toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin non vaincue par les contractions utérines, dans des conditions d'orientation favorable.

Et en 1895, je faisais tracer les aphorismes que vous voyez sur les murs de cet amphithéâtre :

« Le nouveau-né a d'autant plus de chance de devenir un être sain, vigoureux et intelligent qu'il est né à terme. »

« Le devoir de la société et de l'accoucheur est de faire naître les enfants à terme. »

« Mener la grossesse à terme, procéder à l'accouchement sans danger pour la mère et avec le minimum de traumatisme pour l'enfant, tel doit être l'idéal de l'accoucheur. »

« L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu. »

Vous le voyez, messieurs, l'évolution qui m'a conduit à abandonner les idées classiques, a duré plusieurs années.

A ce propos, laissez-moi vous reproduire les paroles que je prononçais en terminant ma leçon du 7 décembre 1893 :

---

(1) V. *Annales de Gynécologie*, mai-juin 1894.

« Attaqué par les uns, disais-je, pour avoir agi avec tant de rapidité, blâmé par les autres, pour avoir marché avec tant de lenteur, finalement accusé par tous, je vous demande la permission de vous expliquer les raisons qui ont dicté ma conduite et dirigé mes actes.

« Imprégné des idées classiques réputées les meilleures, témoin pendant longtemps des efforts constants, faits par les maîtres les plus autorisés, pour perfectionner les méthodes, les procédés et les instruments employés dans les cas de dystocie d'origine pelvienne ; pénétré de reconnaissance et d'admiration pour les Stoltz, A. Baudeloque, Tarnier, qui nous avaient mis en possession, et non sans luttes, de l'accouchement prématuré artificiel, du céphalotribe, du forceps actuel, du basiotribe, je ne pouvais pas ne pas considérer ces moyens d'agir comme autant de conquêtes.

« Et cela d'autant plus que, quand je comparais les résultats obtenus par l'emploi de ces méthodes, de ces procédés et de ces instruments, aux résultats obtenus par d'autres accoucheurs employant des moyens différents, je trouvais une supériorité pour les premiers. Je sais bien que ces résultats, considérés comme fort beaux, — et ils l'étaient comparés aux anciens, — laissaient cependant beaucoup à désirer au point de vue absolu. Et j'avais été témoin ou acteur dans trop de circonstances où l'ingéniosité de la méthode, la perfection des instruments et l'habileté opératoire s'étaient montrées inutiles, inefficaces ou impuissantes, pour ne pas être convaincu qu'il y avait encore beaucoup à faire sur ce terrain.

« Chargé de vous enseigner, je ne puis me montrer ici que révolutionnaire dans le bon sens du mot ; je ne puis détruire avant d'avoir étudié, préparé, édifié quelque chose de meilleur. C'est avec Farabeuf et Varnier que j'ai préparé cette évolution, à laquelle ils ont pris la plus grande part. Ce n'est pas une de mes moindres satisfactions de le proclamer aujourd'hui. »

Dans son magistral rapport sur la symphyséotomie, lu et discuté au Congrès de Moscou, Varnier développa les conclusions qui nous avaient été suggérées par l'observation attentive des 86 pelvitomies faites à cette clinique, du 4 février 1892 au 29 juin 1897.

Je ne veux vous citer pour le moment que la 6e conclusion, je reviendrai plus tard sur les 4e et 5e.

Cette 6e conclusion est ainsi formulée : La symphyséotomie est

suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. *Il n'est nullement démontré, jusqu'à présent, qu'elle agrandisse le bassin pour l'avenir...*

Ce point, qui n'était pas démontré à cette époque, l'a été depuis de façon irréfutable, grâce à la radiographie, et par Varnier lui-même. Il faut savoir qu'en pratiquant la symphyséotomie on ne produit pas seulement un agrandissement momentané, mais un *agrandissement permanent*.

Dans sa très scientifique communication faite à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, dans la séance du 6 octobre 1899 (1) et intitulée : « Étude anatomique et radiographique de la symphyse pubienne après la symphyséotomie », Varnier a démontré, pièces en mains, cet *agrandissement permanent*. Il a fait voir dans la même séance, aux membres de la Société, une femme symphyséotomisée deux fois et dont les pubis sont à 40 millimètres l'un de l'autre. Cette femme marche, court, vaque à ses occupations comme avant ces opérations, en un mot, ne présente aucune tare.

En 1899, au Congrès d'Amsterdam, j'eus l'honneur d'être l'un des rapporteurs de cette question : « Indications et contre-indications de l'opération césarienne, de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement provoqué ». Je ne crus mieux faire que d'apporter là l'histoire des accouchements dans les bassins rétrécis ayant eu lieu à la clinique Baudelocque de 1890 à 1898 inclusivement (2), et en particulier le résultat donné par 100 symphyséotomies.

Je fis remarquer que si le résultat brut de ces 100 symphyséotomies était le suivant : 88 femmes guéries, 12 mortes, il était juste de reconnaître que la symphyséotomie ne pouvait être incriminée que dans 5 cas seulement. Sur ce point, mes conclusions ne pouvaient être que conformes à celles de Varnier au Congrès de Moscou. Sciemment ou inconsciemment, volontairement ou non, on a toujours et partout comparé les résultats fournis par l'opération césarienne et la symphyséotomie, sans se demander si avant l'opération les femmes se trouvaient dans des situations comparables.

Je répète, une fois de plus, que la comparaison faite dans ces conditions ne peut faire porter qu'un jugement fallacieux. En effet, de leur propre aveu, les partisans de la césarienne conservatrice ne pra-

---

(1) Voir *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, 1899, p. 208.

(2) Voir in *Annales de gynécologie*, août-septembre 1899, et *Comptes rendus du Congrès d'Amsterdam*, 1900, p. 725.



tiquaient cette opération que chez des *femmes saines et se trouvant de plus dans des conditions particulières : œuf intact*, etc., tandis que j'ai pratiqué ou fait pratiquer la symphyséotomie *chez toutes les femmes présentant, pour moi, l'indication pelvienne, quels que fussent leur état général et leur état local, quel que fût l'état de souffrance de l'enfant.*

Sans insister davantage sur ce point en ce moment, car j'y reviendrai, je crus devoir faire remarquer au Congrès d'Amsterdam que, pour être complètement éclairé sur le bilan clinique vrai de la symphyséotomie, il fallait savoir :

1° Que 22 femmes symphyséotomisées étaient redevenues enceintes ;

2° Que de ces 22 femmes, 6 avaient été symphyséotomisées avec succès pour la 2e et la 3e fois ;

3° Que 16 de ces femmes avaient eu consécutivement des accouchements spontanés.

Et, présentant la statistique intégrale de mon service, je disais : Il faut enfin constater combien, depuis l'avènement de la symphyséotomie à la clinique Baudelocque, le nombre des interventions a diminué dans les cas de rétrécissement du bassin, combien de femmes sont accouchées à terme spontanément avec un bassin vicié, et comparer la mortalité maternelle et fœtale totale aussi bien dans les rétrécissements du bassin que dans les bassins normaux, avant et depuis l'application rigoureuse que j'ai formulée concernant la thérapeutique des viciations pelviennes.

M'appuyant sur mes résultats, je formulais ces conclusions que je crois devoir rapporter ici, parce qu'elles indiquent de ma part, sur un point au moins, une nouvelle évolution.

Dans la thérapeutique des viciations pelviennes doivent disparaître :

1° L'accouchement prématuré artificiel ;

2° Toute opération (forceps, version, etc.) impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin, siégeant soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur ;

3° L'embryotomie sur l'enfant vivant.

Pendant le travail de l'accouchement deux dangers doivent être évités :

1° La longueur du travail ;

2° L'infection.

L'obstétrique opératoire doit comprendre, dans les rétrécissements du bassin :

1° L'agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) ;

2° L'opération césarienne conservatrice ou suivie de l'hystérectomie partielle ou totale ;

3° L'embryotomie sur l'enfant mort.

*
* *

Huit années se sont écoulées depuis le moment où je formulais ces conclusions. Ai-je à les modifier aujourd'hui ? Messieurs, examinons le tableau I, il va nous permettre de répondre à cette question.

J'ai tenu à vous exposer aujourd'hui notre bilan complet.

Tout ce qui a été fait à la clinique Baudelocque se trouve scrupuleusement indiqué et rapporté dans l'ensemble des tableaux statistiques que je vous présente. Il n'y a pas là des statistiques partielles, des lambeaux de statistiques comprenant seulement les rétrécissements du bassin, il y a là une statistique globale, intégrale, c'est-à-dire absolument complète. Seule, une statistique semblable permet non seulement une vue d'ensemble, mais encore autorise à porter un jugement vrai sur l'efficacité de tels ou tels préceptes appliqués rigoureusement dans les mêmes conditions.

Au point de vue qui nous occupe, que se dégage-t-il d'abord du tableau I ? Deux faits principaux :

D'abord la diminution constamment progressive du nombre des interventions, bien que, chaque année, le nombre des accouchements augmente.

Ensuite, le nombre de plus en plus considérable des opérations césariennes conservatrices pratiquées dans le service coïncidant avec la diminution du nombre des symphyséotomies.

Les préceptes généraux n'ont pas changé, ils sont restés immuables chez nous; seuls, les actes opératoires ont été modifiés.

Je tiens à vous en exposer aujourd'hui les raisons et pour cela je vais vous résumer mon opinion sur les avantages et les inconvénients ou dangers que présentent la symphyséotomie et l'opération césarienne conservatrice.

D'après ce que j'ai vu, d'après ce que j'ai fait ou fait faire, il résulte que la symphyséotomie est une opération qui donne et donnera toujours son maximum de puissance et de bienfaisance pour la mère et

pour l'enfant lorsqu'elle sera pratiquée, au moment de la dilatation complète, chez des femmes ayant un bassin dont le diamètre promonto-sous-pubien sera au moins de 9 centimètres. Ainsi, toute femme primipare ou multipare, ayant un bassin répondant à l'indication formulée ci-dessus et arrivée à la dilatation complète sans souffrance de l'enfant, est justiciable de la symphyséotomie.

Cette opération non seulement permettra l'accouchement sans danger pour la mère et pour l'enfant, mais encore rendra possible souvent l'accouchement spontané dans les grossesses ultérieures, par suite de l'agrandissement permanent du bassin.

L'infériorité de la symphyséotomie gît dans ce fait, que pour moi son indication n'existe que quand *la dilatation est complète.*

Et vous savez combien souvent, lorsque la tête n'est pas engagée, la dilatation est lente et combien souvent l'enfant est mis par cela même en état de souffrance, soit à la suite de procidence ou de procubitus du cordon, soit par la seule lenteur du travail, lorsqu'il y a rupture prématurée ou précoce des membranes.

L'opération césarienne a cette supériorité qu'elle permet d'intervenir *au début du travail.*

Mais elle laisse après elle une *tare*, l'utérus a été blessé. Je sais bien que Fruhinsholz (1), dans un travail récent et des plus documentés, nous a donné l'histoire de femmes ayant subi des opérations césariennes réitérées, sans avoir présenté le moindre accident, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail. Cependant, je ne puis oublier les accidents survenus soit pendant la grossesse, soit au début du travail, chez des femmes ayant subi antérieurement l'opération césarienne. Quelques-uns d'entre vous ont pu voir assez récemment l'utérus éclater chez une femme ayant subi l'opération césarienne, très régulièrement et très correctement faite par Couvelaire (2).

L'opération césarienne offre encore cet immense avantage, et pour l'enfant et pour l'accoucheur, que quand l'incision de l'utérus est pratiquée, l'accouchement est fait; l'extraction n'est rien. Il n'en est pas de même après la symphyséotomie. Quand le bassin a été sectionné, il faut procéder à l'extraction de l'enfant, extraction qui, chez les primipares

(1) V. A. Fruhinsholz, De l'opération césarienne répétée chez la même femme. *Annales de gynécologie*, mars 1906.

(2) V. A. Couvelaire, Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios. *Annales de gynécologie*, mars 1906.

en particulier, demande une certaine habileté. Je sais bien que les difficultés ne sont pas considérables, et vous avez pu me voir récemment extraire à l'aide du forceps, chez notre dernière femme symphyséotomisée, un enfant volumineux, sans produire la moindre lésion des parties molles, bien que cette femme primipare eût des parties molles peu fournies. Malgré tout, un certain traumatisme est, de par le fait de l'extraction, subi par l'enfant après la symphyséotomie.

C'est pour éviter l'état de souffrance chez la mère et chez l'enfant que nous avons, depuis quelques années, pratiqué un plus grand nombre d'opérations césariennes.

Je dirai plus : nous avons pratiqué des opérations césariennes chez des femmes ayant un œuf ouvert depuis longtemps.

Dernièrement encore, vous vous rappelez certainement le fait, vous avez vu pratiquer avec succès une opération césarienne conservatrice chez une femme restée quatre jours dans une de nos salles de travail, avec un œuf ouvert, et bien que, pendant ce temps, elle eût été touchée par dix-sept personnes.

L'enfant commençait à souffrir, la dilatation était à peine commencée, la femme n'avait été examinée que dans notre clinique, elle était sans fièvre ; après mûre réflexion, je fis pencher la balance en faveur de l'opération césarienne. Et vous savez que cette femme eut des suites de couches parfaites et allaita son enfant avec un plein succès.

Il faut reconnaître qu'aujourd'hui, depuis que nous savons ce qu'il faut faire pour éviter l'hémorragie et l'infection, l'opération césarienne est devenue une opération dont les indications doivent se multiplier de plus en plus.

Il est bien entendu que, chez toute femme ayant de la fièvre, l'opération césarienne ne sera pas conservatrice, mais mutilatrice. Dans ces cas, l'opération de Porro, l'amputation utéro-ovarique reprend tous ses droits. C'est la conduite suivie ici rigoureusement. L'expérience m'a démontré que, pour toutes sortes de raisons, l'*opération de Porro*, dans ces conditions, était infiniment supérieure à l'*hystérectomie totale*.

Vous le voyez, Messieurs, je suis resté absolument fidèle aux préceptes formulés en 1893. Les indications des actes opératoires ont changé, non les préceptes généraux.

Ce qui prouve une fois de plus que, quoi qu'on en ait dit, je n'ai jamais eu de parti pris en faveur de telle ou telle opération.



J'ai proscrit, j'ai condamné certaines interventions : *l'accouchement provoqué*, *les applications de forceps au détroit supérieur*, *l'embryotomie sur l'enfant vivant*, parce que toutes allaient à l'encontre du rôle que nous avons à remplir. Je n'en ai conseillé d'autres, je n'en ai pratiqué d'autres, que parce qu'elles nous permettaient de remplir ce rôle dans toute sa plénitude. J'ai donc toujours et sans cesse fait ce que je croyais être le mieux pour *conserver la vie*.

Les résultats obtenus ici depuis dix-sept ans, et qui sont scrupuleusement inscrits sur ces tableaux, vous montrent dans quelle mesure j'ai réussi.

Pourra-t-on faire mieux ? Je n'en doute pas, j'en suis absolument convaincu. C'est même pour favoriser, pour hâter la réalisation de cet espoir, que j'ai cru bon de mettre sous vos yeux tous ces matériaux.

« Le reflet du passé éclaire le présent et guide l'avenir. »

Aujourd'hui m'appuyant, sur une expérience de dix-huit années, je crois pouvoir résumer ainsi les préceptes généraux concernant la thérapeutique de la dystocie causée par viciation pelvienne :

1° NE JAMAIS INTERROMPRE LA GROSSESSE, QUELLE QUE SOIT LA VICIATION PELVIENNE ;

2° NE JAMAIS PRATIQUER PENDANT LE TRAVAIL UNE INTERVENTION (FORCEPS, VERSION) IMPLIQUANT LA LUTTE DE LA TÊTE FŒTALE CONTRE UNE RÉSISTANCE OSSEUSE DU BASSIN, SIÉGEANT SOIT AU DÉTROIT SUPÉRIEUR, SOIT DANS L'EXCAVATION, SOIT AU DÉTROIT INFÉRIEUR ;

3° L'obstétrique opératoire appliquée aux rétrécissements du bassin ne doit comprendre que :

a) L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE ;

b) L'AGRANDISSEMENT DU BASSIN PAR SYMPHYSÉOTOMIE, PUBIOTOMIE, ISCHIO-PUBIOTOMIE, ETC. (1) ;

c) L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE (OPÉRATION DE PORRO).

Quant aux indications particulières, je ne puis vous les exposer en ce moment, car chaque cas comporte pour ainsi dire une indication

(1) Je n'ai fait aucune mention d'une soi-disant opération nouvelle, à propos de laquelle on fait grand bruit depuis quelque temps. Je veux parler de l'hébostéotomie, de l'hébotomie ou encore une opération de Gigli. Deux raisons m'ont engagé à agir ainsi. La première, c'est que ce n'est ni une méthode, ni une opération nouvelle ; la seconde, c'est que je n'ai jamais employé ce procédé opératoire.

spéciale, c'est ce que je m'efforce de faire chaque jour à cet amphithéâtre.

Cependant ceux d'entre vous qui désireraient avoir des notions pratiques concernant les indications spéciales ne pourront mieux faire que de consulter l'article écrit par A. Couvelaire, dans la *Pratique médico-chirurgicale*, sur la conduite à tenir dans les rétrécissements du bassin.

Messieurs, en terminant, laissez-moi vous adresser quelques mots, pour vous montrer combien votre rôle à vous peut être puissant pour réduire encore le nombre des interventions futures.

J'ai pu, non sans quelque satisfaction, vous prouver que le nombre de nos interventions allait sans cesse en diminuant. Vous pouvez le faire diminuer encore, j'allais dire vous pouvez peut-être les faire disparaître; mais si ce n'est vous, ce sont vos successeurs qui auront cette immense joie. Je m'explique. Sans aucun doute, je puis affirmer que les rétrécissements du bassin deviennent de moins en moins nombreux. A quoi cela tient-il ? A ce que les progrès de la véritable civilisation s'accusent. A ce que l'hygiène pénètre dans les masses populaires, à ce que la sollicitude pour les enfants est plus développée, à ce que la médecine et la chirurgie infantiles sont plus éclairées et par cela même plus puissantes. Mais on peut et on doit faire mieux encore. Citoyens, unissez-vous à ceux qui réclament pour tout être humain des conditions sociales lui permettant de se développer normalement. Médecins, soyez puériculteurs convaincus, passionnés. Faites de la puériculture avant la procréation, faites de la puériculture pendant la gestation, faites de la puériculture après la naissance, et alors vous aurez fait de la véritable thérapeutique prophylactique qui supprimera toute dystocie causée par viciation pelvienne.

TABLEAU I. — **Interventions pratiquées pour viciation pelvienne à la clinique Baudeloque de 1890 à 1907.**

ANNÉES	Nombre total d'accouchements	Nombre des interventions pour viciation pelvienne	Pourcentage	Accouchements provoqués	Forceps	Versions internes	Symphyséotomies	Ischio-pubiotomie	Levier préhenseur	Opérations de Porro	Césariennes conservatrices	Hystérectomies totales	Embryotomies
1890	1.244	60	4,82	31	23	3	»	»	»	»	»	»	3
1891	1.654	58	3,50	33	21	»	»	»	»	»	2	»	2
1892	1.834	48	2,61	8	20	»	13	1	»	»	»	»	6
1893	1.920	30	1,56	»	14	»	14	»	»	1	»	»	1
1894	2.139	29	1,35	»	»	»	21	»	»	1	»	»	7
1895	2.030	34	1,63	»	5	3	21	»	1	1	»	»	3
1896	2.270	24	1,05	»	5	»	13	»	»	2	»	»	4
1897	2 314	19	0,82	»	2	1	7	»	»	1	»	1	7
1898	2.305	27	1,17	»	10	4	8	»	»	»	»	2	3
1899	2.633	22	0,83	»	12	1	8	»	»	1	»	»	»
1900	2.830	19	0,67	»	5	»	8	»	»	1	»	»	5
1901	2.776	20	0,72	»	4	»	8	»	»	2	1	»	5
1902	2 667	8	0,37	»	4	»	2	»	»	»	1	»	1
1903	2.794	14	0,50	»	5	»	5	»	»	»	2	»	2
1904	2.778	19	0,68	1	6	1	5	»	»	»	2	»	4
1905	3.058	18	0,60	»	4	»	2	»	»	6	1	»	5
1906	3.161	18	0,56	»	3	»	4	»	»	3	3	1	4
1907 6 premiers mois.	1.500	15	1	»	2	»	1	»	»	1	6	»	5
TOTAUX pour 17 ans 1/2	41.957	482	»	73	145	13	140	1	1	20	18	4	67

TABLEAU II. — **Résultats des Accouchements et des Interventions dans les bassins rétrécis.**

ACCOUCHEMENTS	FEMMES		ENFANTS		
	VIVANTES	MORTES	VIVANTS	MORTS pendant travail	MORTS après naissance
Accouchements spontanés (sommets, sièges, faces)	1.171	4	1.127	22	26
Accouchements provoqués (spontanés, versions, forceps, basiotripsies)	71	2	42	15	17
Forceps	127	3	98	18	14
Levier	1	»	1	»	»
Version interne	13	»	8	3	2
Symphyséotomie	124	16	120	»	20
Ischio-pubiotomie	1	»	1	»	»
Opérations césariennes	16	2	17	»	1
Opérations de Porro	18	2	18	1	1
Hystérectomie totale	1	3	2	2	»
Embryotomies rachidiennes	4	»	»	4	»
Basiotripsies	54	2	»	56	»
TOTAL	1.601	34	1.434	121	81
TOTAL GÉNÉRAL.	1.635		1.636 (1)		

(1) Une grossesse gémellaire.

TABLEAU III. — Enfants sortis vivants et enfants morts pendant le travail.

(*Pourcentage établi par rapport au nombre total des femmes entrées dans le service (avortements et rétentions fœtales compris.)*)

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Enfants sortis vivants		Enfants morts pendant le travail	
		Nombre	p. 100	Nombre	p. 100
1890	1.244	1.141	91,7	20	1,60
1891	1.654	1.489	90,0	27	1,63
1892	1.834	1.680	91,6	27	1,47
1893	1.920	1.770	92,1	16	0,83
1894	2.159	1.990	93,0	20	0,93
1895	2.080	1.857	89,8	27	1,29
1896	2.270	2.098	92,4	41	1,80
1897	2.314	2.112	91,2	39	1,73
1898	2.305	2.088	90,5	45	1,95
1899	2.633	2.411	91,5	40	1,51
1900	2.830	2.609	92,1	29	1,02
1901	2.776	2.529	91,1	34	1,22
1902	2.667	2.425	91,0	29	1,08
1903	2.794	2.595	92,4	48	1,71
1904	2.778	2.520	90,7	44	1,58
1905	3.058	2.795	91,4	55	1,79
1906	3.161	2.861	90,5	21	0,66
1907 6 premiers mois.	1.500	1.391	92,8	14	0,93
TOTAUX pour 17 ans 1/2	41 957	38.372	91,4	576	1,37

TABLEAU IV. — Enfants sortis vivants.

(*Pourcentage établi par rapport au nombre des femmes enceintes entrées dans le service avec un enfant vivant.*)

ANNÉES	Femmes entrées avec enfants vivants	Enfants sortis vivants	Pourcentage
1890	1.184	1.141	96.3
1891	1.571	1.489	94,7
1892	1 735	1.680	96,8
1893	1.833	1.770	96,5
1894	2.045	1.990	97,3
1895	1.965	1.867	95.0
1896	2.169	2.098	96,7
1897	2 182	2.112	96,7
1898	2 185	2.088	95,5
1899	2.508	2.411	96,1
1900	2.701	2.609	96,5
1901	2.633	2.529	96,0
1902	2.510	[illegible].425	96,6
1903	2.636	2.595	98,4
1904	2.605	2.520	96,7
1905	2.897	2.796	96,8
1906	2 950	1.861	96,9
1907 6 premiers mois.	1.425	1.391	97,6

TECHNIQUE, INDICATIONS ET SUITES DE PELVITOMIES

Par le professeur **ZWEIFEL** (Leipzig) (1).

Tandis qu'il y a quatorze ans, au Congrès de gynécologie de Breslau, il n'était question que d'une seule opération pour l'agrandissement du bassin, il y a aujourd'hui plusieurs procédés avec plus ou moins de différences.

Il y a une différence essentielle, si l'on opère à ciel ouvert, c'est-à-dire en sectionnant les parties molles, ou en pratiquant la même opération sous-cutanée. Il en résulte quatre procédés différents: la symphyséotomie à ciel ouvert, ou sous-cutanée, — l'hébostéotomie ouverte, ou sous-cutanée.

La symphyséotomie ouverte n'est, d'une façon logique, comparable qu'à l'hébostéotomie ouverte, de même que les opérations sous-cutanées ne sont comparables qu'entre elles. Il en résulte qu'on ne trouve pas de statistiques à opposer les unes aux autres.

Tandis que la vieille symphyséotomie a une vieille histoire, et qu'on en cite un grand nombre de cas, l'hébostéotomie ouverte, par contre, n'a presque jamais été faite; elle est délaissée et remplacée par la méthode sous-cutanée.

Au cours de la vieille symphyséotomie, il y eut des fautes de technique, d'asepsie, d'indication et de traitement post-opératoire, qui s'expliquaient déjà avant l'invention d'autres procédés.

Ces cas malheureux, qu'on trouve dans la littérature médicale, dépendent surtout de la période préantiseptique et n'apportent aucun argument contre la même opération faite aujourd'hui.

Cependant, ce serait une faute de comparer l'hébostéotomie sous-cutanée aussi bien à la vieille symphyséotomie qu'à la symphyséotomie de l'ère antiseptique. De l'expérience de ces trois dernières années il résulte, en effet, que, dans les procédés sous-cutanés, l'infection de la plaie peut être plus facilement évitée et par suite on observe plus régulièrement une guérison sans fièvre.

---

(1) *Douzième Congrès de la Société allemande de gynécologie*, Dresde, 1907.

J'ai dégagé cette idée de ma propre expérience et je n'hésite pas à reconnaître, dans la méthode sous-cutanée, un progrès vis-à-vis de la vieille symphyséotomie.

La vieille symphyséotomie, par contre, peut soutenir, avec avantage, une comparaison avec l'hébostéotomie ouverte.

Un fait peut marquer cette différence.

Après la publication de Dœderleim, on essaya, à la Clinique de Leipzig, l'hébostéotomie sous-cutanée. Mais, deux fois, à cause d'une forte hémorragie, qui ne put être arrêtée, on fit une opération ouverte; la guérison fut complétée, quoique avec fièvre (ce qui se voit d'ailleurs aussi dans la symphyséotomie).

Mais une de ces deux femmes, ayant de nouveau été enceinte, vint accoucher à la clinique en 1906 : la cicatrice de l'os était ferme, un peu gonflée sur les bords et surtout inextensible : la tête ne put passer, quoique l'espace qui manquait fût petit. On fit une application de forceps; le bassin ne s'agrandit nullement, l'enfant mourut, par enfoncement de la boîte cranienne.

Le docteur Preller rapporte un cas semblable, où l'inextensibilité du cal, 17 mois après l'hébostéotomie, força à faire une section de l'autre pubis (à droite). Ce diamètre promonto-pubien minimum était de 7°,5.

Baisch mentionne encore 3 cas semblables.

En face de ces cas, nous avons eu 10 femmes, chez lesquelles, à la suite de symphyséotomie, nous avons eu 29 résultats excellents, tant au point de vue de l'enfant que de la mère.

Le principal avantage de la symphyséotomie consiste dans une cicatrice molle et *extensible*, qui donne aux femmes la faculté d'accoucher ensuite spontanément.

L'hébostéotomie ne donne pas ce résultat. En effet, l'os scié se cicatrice plus rapidement et le cal ne se ramollit jamais au cours de la grossesse.

Actuellement on réunit tous les cas où, à la suite d'une section du pubis, il y eut une naissance spontanée.

Reiffenscheid rapporte 1 cas où, un an après une hébostéotomie, un enfant de 3.000 grammes fut extrait par version. Les extrémités de la section osseuse étaient encore extensibles. — Ce n'est pas là un accouchement spontané, et sait-on si cette extensibilité aurait persisté plus longtemps ?

Scheib cite encore un cas d'accouchement spontané, 15 mois après une hébostéotomie.

Mais que sont ces 2 cas, en comparaison de la symphyséotomie, à la suite de laquelle on peut toujours escompter un accouchement spontané !

D'ailleurs, Scheib a montré, au moyen des rayons X, que, dans la symphyséotomie, le cal est de tissu conjonctif lâche, s'ossifiant très lentement, tandis que, dans la pubiotomie, au contraire, le cal est osseux, très engrené dès le début et jamais capable d'extension.

C'est là aussi mon opinion.

L'agrandissement du bassin est le même dans les deux opérations : on obtient le même gain.

J'ai exprimé cette opinion, que c'est le côté du plus grand levier qui se distend le plus, c'est-à-dire que, dans une hébostéotomie gauche, c'est le côté droit qui s'élargit le plus.

Cette opinion a été combattue et on m'opposa que c'est au contraire du côté du trait de scie, que se fait l'agrandissement.

Brenner, par contre, a toujours observé un écartement plus large du côté de l'articulation sacro-iliaque opposée à la section et, de plus, le travail de Edmond Waldstein confirme complètement l'opinion que j'avais retirée de mes propres expériences.

Waldstein prit des vis au moyen desquelles il distendait un bassin sectionné et vit, en opérant la distension suivant le diamètre promonto-pubien (comme le fait la tête fœtale), le détroit supérieur s'agrandir plus du côté opposé au trait de scie, en même temps que l'articulation sacro-iliaque du côté opposé bâillait également plus.

L'avantage qu'offre l'hébostéotomie est que l'on ne peut blesser l'urèthre. Il n'est cependant pas difficile à acquérir l'habileté nécessaire pour éviter ce contretemps au cours de la symphyséotomie. D'un autre côté, au cours d'une hébostéotomie sous-cutanée, au moment de la perforation, la vessie est en danger.

Après la section du cartilage ou du pubis, lorsque l'écartement commence, il peut y avoir, dans les deux opérations, une forte hémorragie, provenant de la rupture ou de l'arrachement d'une racine du

clitoris. Celles-ci sont attachées solidement aux branches montantes du pubis et ne peuvent s'écarter au delà de 5 à 7 centimètres.

On peut toujours cependant arrêter l'hémorragie des corps spongieux, en faisant de la compression contre l'os ou en posant une ligature.

En plus de cette hémorragie qu'on peut empêcher, il y a toujours, au cours de tous les procédés d'hébostéotomie (sauf dans la méthode sous-périostée), des lésions d'artères et en particulier de l'artère honteuse interne, dont la branche terminale (ou dorsale du clitoris) est encore assez forte pour donner une hémorragie notable. Il n'y a pas à s'occuper beaucoup des branches de l'artère obturatrice, plus petites et qui courent du côté externe du pubis.

Au cours de toutes les hébostéotomies que j'avais commencées, en employant le procédé sous-cutané, et où une hémorragie me forçait à inciser les parties molles, j'ai vu donner une artère de bas en haut et qui était la honteuse interne.

Si cette forte artère ne donne pas toujours et si les opérateurs ne remarquent pas toujours l'hémorragie qu'elle peut fournir, c'est que les vaisseaux ont été torsionnés par les traits de scie, de sorte que s'établissait une bonne hémostase.

Avec le procédé sous-périosté on épargne plus facilement la honteuse interne, qui ne peut se laisser écarter sans se déchirer.

En ce qui concerne les hémorragies provenant des veines, un tamponnement de la plaie à la gaze stérilisée suffit. Si, en enlevant la gaze avant de recoudre la plaie, l'écoulement sanguin reprend, je suis d'avis de lier les corps du clitoris à l'angle inférieur du pubis. Ce procédé est simple : on introduit un catéther dans l'urèthre; on presse avec l'index et le médius contre le bord inférieur du pubis, l'hémorragie s'arrête, et si l'on veut rendre évident le point exact qui saigne, on n'a qu'à enlever le doigt et on pose une ligature.

RÉSULTATS

Il ne faut prendre ici en considération que l'expérience personnelle, car il serait impossible de vouloir feuilleter toute la littérature, au sujet de la vieille symphyséotomie.

On peut s'en tenir, pour l'étude complète de la question, aux comptes rendus de ma seule clinique. J'ai déjà donné, à différentes reprises,

des indications sur les résultats que peut donner la symphyséotomie ouverte; qu'on s'y reporte.

Un compte rendu plus complet, basé sur des travaux récents, fait par mon assistant, le docteur Thies, va paraître.

En ce qui nous concerne, nous ne ferons plus la symphyséotomie à ciel ouvert, maintenant que mon expérience m'a montré ce que peut donner la section sous-cutanée.

Dans ma clinique, on a fait 52 symphyséotomies à ciel ouvert, 2 pubiotomies à ciel ouvert et 1 sous-cutanée ; ajoutons à cela 12 symphyséotomies faites d'après la méthode sous-cutanée nouvelle.

En ce qui concerne la symphyséotomie à ciel ouvert, trois femmes sont mortes (nos 38, 39, 41). Elles avaient de mauvaises contractions; l'accouchement, une fois la symphyséotomie faite, fut pénible. Une des femmes avait de plus de l'infection. De tous les enfants, quatre sont mort-nés.

Les deux pubiotomies à ciel ouvert furent suivies de fièvre, mais se terminèrent par la guérison.

L'hébostéotomie sous-cutanée eut des suites très bonnes. Elle s'est mieux passée que l'hébostéotomie à ciel ouvert.

En ce qui concerne les symphyséotomies faites d'après le procédé sous-cutané, toutes guérirent.

En ce qui concerne toutes les autres opérations qui ont pour but d'aider l'accouchement en cas de bassin rétréci, pour me faire une opinion, j'ai passé en revue toutes les statistiques traitant des accouchements dans des bassins, rétrécis. J'ai commencé le 1er janvier 1899 et fini le 31 décembre 1906.

Krönig classe les bassins d'après de Spiegelberg, de la façon suivante (cette classification, je l'ai répétée dans mon livre):

1er degré : bassin plat à diamètre promonto-sous-pubien de 8,5 à 9,5 ou bassin uniformément rétréci de 9 à 10.

2e degré : bassin plat avec un diamètre promonto-sous-pubien de 7 à 8,4 ou bassin uniformément rétréci de 7,5 à 8,9.

3e degré : bassin plat avec diamètre promonto-sous-pubien de 5,5 à 6,9 ou bassin généralement rétréci de 5,5 à 7,4.

Nous ne méconnaissons pas un seul instant l'imperfection d'une telle classification, qui groupe si schématiquement des bassins étroits, mais elle est indispensable pour une longue statistique. Reste à savoir si c'est la meilleure.

Pour Litzmann, seraient rétrécis au premier degré les bassins ne permettant pas l'accouchement naturel d'un enfant à terme, et il classait dans ce groupe les bassins plats et régulièrement rétrécis, avec un diamètre promonto-sous-pubien minimum de 8,25 à 9,5 et, pour les bassins régulièrement rétrécis, un diamètre de 9 à 10.

Il est à se demander si une différence de 1/4 de centimètre peut influer d'une façon quelconque sur l'accouchement.

Nous pouvons discuter ce point.

Krönig trouve, qu'avec des bassins plats du premier degré 86,2 p. 100 des primipares accouchent seules et 86,6 p. 100 des multipares. Si on ajoute les applications de forceps, les chiffres des primipares oscillent de 86,2 à 94 p. 100 et, pour les multipares, de 86,6 à 87,9 p. 100.

En nous rapportant aux bassins rétrécis observés dans notre clinique, nous avons établi deux séries.

Dans la première, nous mettons tous les bassins plats ou généralement rétrécis ayant un diamètre utile de 8,5. Dans la deuxième série, ceux qui ont un diamètre de 8.

Sur 340 primipares ayant un bassin appartenant à la première série, 285 accouchèrent spontanément, c'est-à-dire 84 p. 100. Si on ajoute 23 applications de forceps, on trouve 90,6 p. 100.

Sur 689 multipares (appartenant à la même série), 591 accouchèrent spontanément, ce qui fait 85,7 p. 100 ; en ajoutant 28 forceps, ce chiffre s'élève à 90 p. 100.

Appartenant à la deuxième série (diamètre utile de 8) on trouve : 428 primipares, dont 350 accouchent spontanément, c'est-à-dire 81,7 p. 100 ; — 792 multipares avec 663 accouchements spontanés, c'est-à-dire 83,7 p. 100.

En comptant les applications de forceps, on trouve pour les primipares 88,3 p. 100 et 85,3 p. 100 pour les multipares.

Notre pourcentage, en ce qui concerne la probabilité d'un accouchement naturel avec un bassin du premier degré, ne s'éloigne pas de celui de Krönig, si on porte la limite de ce premier degré de 8,5 à 8, car il n'est pas besoin d'établir des divisions de centimètres (8,25).

En ce qui concerne le deuxième degré, Litzman y fait entrer tous les bassins dans lesquels, dans des cas favorables, il est possible à un enfant moyen de passer, c'est-à-dire avec un diamètre utile ayant de 7,4 à 8,2.

Dans notre clinique, les accouchements spontanés avec des bassins de 7 à 7,9 s'élèvent encore à 46 p. 100, ce qui est grand, et là-dessus les deux tiers des enfants pesaient plus de 3.000 grammes.

La mortalité maternelle n'est pas indiquée parce que, à l'exception de la symphyséotomie et de la césarienne, elle est nulle au cours de toutes les opérations. Il y a bien quelques femmes mortes à la suite d'une perforation (basiotripsie), non des suites de l'opération, mais d'éclampsie se déclarant après elle.

Dans cette statistique de bassins rétrécis, nous n'avons pas indiqué tous les cas, mais seulement un certain nombre choisi. Nous n'avons pas pris les bassins dont le diamètre *conj. diagonalis* dépassait 11 cm. 1/4 et pour lequel l'enfant pesait plus de 3.000 grammes, ou bien encore des bassins ayant un diamètre C. D. de 11 cm. 5 pour lequel l'enfant ne pesait pas au moins 3.500 grammes.

On mesure le diamètre *conj. diagonalis* aussi souvent que possible, non seulement pendant l'accouchement, mais encore pendant la délivrance. La plupart du temps, on obtient le diamètre utile en déduisant 2 centimètres de la mesure première. Hofmeier s'élève contre ce procédé et trouve la soustraction trop forte.

Dans 80 cas, on a mesuré, en outre le diamètre *conj. diagonalis*, le diamètre utile.

De 1892 à 1905, j'ai fait ces évaluations avec l'instrument de Skutsch que j'ai modifié, et j'ai trouvé entre les 2 diamètres des différences de 1 à 3 centimètres, 16 fois la différence était inférieure à 2 centimètres, 36 fois exactement 2 centimètres. Dans 29 cas, depuis 1905, mesurant le diamètre utile avec le nouvel instrument, j'ai trouvé que la différence était de 2 cm. 14.

On doit concéder qu'avec de telles variations, l'estimation exacte du diamètre utile est impossible, et il n'y a pas de mesure exacte, d'après laquelle on puisse poser l'indication absolue de telle ou telle opération, pour faciliter l'accouchement. Pour cela, il faudrait mesurer directement le diamètre vrai.

On a montré comment, au moyen de forceps au détroit supérieur, ou d'une version, on peut avoir de bons résultats, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, avec un bassin étroit ayant un diamètre utile de 8 centimètres.

Mais ce qui est le plus souvent noté dans ce cas, c'est la perforation

(basiotripsie), car les femmes sont amenées après avoir subi des applications de forceps répétées et lorsque l'enfant est mort.

Ceci nous amène à cette question ? Doit-on faire une application de forceps au détroit supérieur, ou bien une symphyséotomie ou une césarienne. Comme toujours, on est obligé de faire des tractions fortes sur la tête avec le forceps et le plus souvent l'enfant meurt, nous en sommes revenus de pareils essais et, à notre avis, il vaut mieux attendre le plus longtemps possible un accouchement spontané, et si l'indication d'une opération sanglante se pose, il vaut mieux faire de suite la symphyséotomie ou la césarienne.

Dans le courant de ces dernières années, on a abandonné de plus en plus l'application du forceps au détroit supérieur, bien que les accoucheurs la considèrent encore utile dans la pratique courante. Que peut faire un médecin de campagne en face d'un bassin légèrement rétréci ou d'un accouchement difficile, sinon de tenter une application de forceps, mais qu'il se souvienne qu'il ne faut que tenter, tirer doucement et non vouloir extraire à toute force l'enfant. Si la tête ne se fléchit ou ne s'amoindrit, il est inutile de forcer. Mais que les médecins se souviennent surtout qu'en cas de mort pour l'enfant, il est absolument interdit de continuer à faire des tractions. Il faut recourir aussitôt à la basiotripsie.

On me répondra que souvent les médecins n'ont pas de basiotribe sous la main, à quoi j'objecterai que tout homme qui veut faire des accouchements doit avoir l'instrumentation nécessaire, et tout médecin qui, malgré un enfant mort, continue à tirer avec le forceps et risque d'ébranler le bassin, devrait tomber sous le coup de la loi, article 230.

L'accouchement prématuré provoqué perdra également toute prérogative en face des résultats si bons de la symphyséotomie sous-cutanée.

J'avais donné mon opinion à ce sujet au Congrès de Breslau, et je vais ici en résumer quelques points.

J'écrivis alors que j'avais très peu confiance en l'accouchement prématuré provoqué, car mon expérience m'avait démontré que les deux tiers des enfants mouraient.

Mon opinion fut battue en brèche, et surtout par Schikele, l'assistant de Fehling.

Nous renonçons à analyser les statistiques qui datent de la période

préantiseptique, mais nous voulons uniquement discuter la mortalité infantile, car ici l'infection n'a pas la même importance que pour la mère.

Dans la statistique de Spiegelberg il y a 33 p. 100 d'enfants vivants et 20,5 p. 100 chez Litzman, et si d'abord la proportion des enfants nés à terme accouchés artificiellement avec des rétrécissements du 2e degré était plus favorable (48,1 p. 100-25 p. 100), cette proportion se transformait pendant les premières semaines de la vie, de telle sorte que le nombre en moyenne donnait 25,9 p. 100, 25 p. 100.

Litzman conclut de son travail que l'accouchement prématuré artificiel est fait en faveur de la mère, mais que la conservation de la vie de l'enfant par ce moyen est au moins douteuse. Dans les rétrécissements du 1er degré, l'accouchement prématuré n'est indiqué que par des complications et lorsqu'on a un rétrécissement du 2e degré.

A mon avis, lorsqu'on veut avoir un enfant apte à vivre, il vaut mieux attendre et recourir à un agrandissement du bassin ou bien encore à une césarienne.

Je n'ai aucune raison de me départir de cette conduite et j'ai la conviction que, quand sera passé le temps de la dispute, cette idée sera admise de tous. Nous avons vu, en effet, beaucoup plus d'accouchements spontanés que nous n'en avions espéré.

Dans le travail de Krönig fait avec les matériaux de la clinique, le pourcentage des enfants vivants était meilleur que celui des cliniques où l'on provoquait l'accouchement prématuré. Et encore Krönig considérait comme morts tous les enfants nés à la suite d'une symphyséotomie ou d'une césarienne, alors qu'ils étaient vivants. Il faisait cette supposition, car, au cas où on n'aurait pas fait l'opération et où on aurait attendu une fin normale, tous ces enfants seraient morts.

Si donc on les avait considérés comme vivants, les résultats auraient été bien meilleurs et, quoi qu'il en soit, ces chiffres de Krönig expriment clairement que l'expectation donne plus d'enfants vivants que l'accouchement prématuré provoqué.

Ce n'était que pour la mère que l'on faisait cette opération. Maintenant, comme les opérations qui ont pour but d'agrandir le bassin sont devenues peu dangereuses, l'accouchement prématuré provoqué est tombé, puisqu'on n'en a plus besoin eu égard à la mère.

Deux voix s'élevèrent contre les assertions de Krönig : Raschkow (de Kiel) et Ahlfeld (de Marbourg), et attirèrent l'attention sur des résul-

tats heureux qu'ils eurent au sujet de l'enfant. A Kiel, on fait l'accouchement prématuré provoqué non seulement dans les bassins étroits du 1[er] degré, mais encore dans ceux qui, d'après Litzmann, ne sont pas encore comptés parmi les bassins étroits. On comprendra alors facilement que dans ce cas l'intervention peut se faire plus tard, après la 37[e] semaine, et que, par conséquent, l'enfant étant plus gros, il ait plus d'aptitude à vivre et qu'en fait il y en ait un plus grand nombre de vivants.

D'après ces observations, on est amené à cette idée qu'il faut attendre le plus longtemps possible, puisque, d'après les mesures de la tête fœtale, il n'y a pas de grandes différences entre la 36[e] et la 40[e] semaine.

Nous avons, en attendant, observé chez les multipares, avec des bassins de 8 à 9,5, 83,7 p. 100 d'accouchements spontanés et 97,8 p. 100 d'enfants vivants.

Même pour les rétrécissements du deuxième degré (7 à 7,9), on obtient encore 46,6 p. 100 d'accouchements spontanés avec 91 p. 100 d'enfants vivants et pesant au-dessus de 3.000. Avec des bassins oscillant entre 7 à 7,9 et de 9,5 à 9,9, on a observé chez les primipares 10 fois des enfants pesant de 3.000 à 3.500 et 6 fois des enfants de 2.520 à 4.350 ; chez les multipares, 13 fois des enfants de 3.000 à 4.350 et 4 fois des enfants de 2.700 à 2.850. Tous sont venus spontanément et en vie. Avec des bassins de 7 à 7,8 on a observé chez des primipares 3 fois des enfants pesant de 2.900 à 3.400 et 2.840 ; chez des multipares 3 enfants pesant 3.400, 3.720 et 4.000.

Il s'ensuit que, quoiqu'on dise, il vaut mieux attendre, et bientôt l'indication d'une opération tendant à agrandir le bassin remplacera complètement l'accouchement prématuré provoqué.

CONCLUSIONS

1° En ce qui concerne les opérations tendant à agrandir le bassin, il faut préférer les procédés sous-cutanés, car la plaie se referme plus vite et l'asepsie peut être mieux faite.

2° On peut observer, cependant, de l'infection avec une piqûre d'aiguille et, d'un autre côté, les grosses plaies peuvent se refermer aussi vite que les petites, si l'on a su éviter l'infection.

Le pronostic dépend donc en première ligne de l'asepsie, et en deuxième lieu, du danger d'une hémorragie.

3° La méthode de ponction dans la section de la symphyse offre un danger pour la vessie.

4° Mais la petite blessure qui permet d'introduire dans la peau un doigt garni de caoutchouc n'augmente pas l'infection et est très appropriée pour empêcher les blessures de la vessie.

5° Des méthodes différentes de section du pubis, la moins dangereuse est celle qui évite les branches artérielles, c'est-à-dire l'hébostéotomie sous-périostée ou la séparation des pubis dans le voisinage de la ligne sagittale.

6° La symphyséotomie a l'avantage sur la pubiotomie, car elle permet des accouchements ultérieurs spontanés et, de plus, on peut, en faisant une section sous-cutanée, observer une asepsie analogue à celle que l'on voit dans la pubiotomie sous-cutanée.

7° Les opérations qui agrandissent le bassin sont indiquées dans les rétrécissements du premier et du deuxième degré jusqu'à un diamètre utile de 6,5 à 7.

A la fin de la grossesse, on a à choisir entre ces opérations : une application de forceps au détroit supérieur, une version, une perforation ou un amoindrissement de la tête lorsque l'enfant est mort.

8° Comme opération préventive, l'accouchement prématuré provoqué est indiqué exceptionnellement dans les rétrécissements du premier degré. Il n'est admissible que dans les rétrécissements du deuxième degré, mais lorsqu'on se borne à l'expectative, la mortalité infantile n'est pas aussi défavorable, et c'est avec ces retrécissements que sont indiquées surtout les opérations ayant pour but d'agrandir le bassin.

9° En ce qui concerne les rétrécissements de 5,5 à 6,9, il ne reste plus que la césarienne ou la perforation, car ici l'accouchement prématuré est une faute, et la césarienne donne ici un pronostic très bon et un enfant vivant.

Quoi qu'il en soit, ces cas sont du ressort d'une maternité ou d'un spécialiste, surtout si le premier accouchement s'est mal passé.



25 CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE SANS MORTALITÉ MATERNELLE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Par **ÉLISEO CANTON**. Doyen de la Faculté des sciences médicales. Professeur titulaire d'obstétrique. Directeur de la clinique obstétricale et gynécologique (1).

Indications de l'hystérotomie. — L'opération césarienne a cessé, par bonheur, d'être l'intervention cruelle et inhumaine du moyen âge, pour devenir une des opérations obstétricales de pratique ordinaire, dont les indications augmentent proportionnellement avec la diminution de ses dangers.

Qui veut voir le chemin parcouru par la chirurgie obstétricale n'a plus qu'à tourner les yeux vers le passé et à se souvenir des opinions des anciens maîtres : Mauriceau, Guillemeau, Paré, Pajot, sur cette opération.

A l'heure actuelle, nous pouvons opposer à la métaphore de ce vieux maître : « L'opération césarienne est une inspiration de sauvage, qui coupe l'arbre pour avoir le fruit » celle-ci : « L'opération césarienne conservatrice est, au vingtième siècle, l'inspiration audacieuse de la chirurgie, qui ouvre les entrailles de l'arbre de la vie pour sauver son fruit et l'existence de sa matrice. »

Le médecin moderne ne passe pas par les tortures de ses anciens pour poser aux familles le terrible dilemme, d'opter entre la vie de la mère ou celle de l'enfant; il a des moyens et c'est aussi son devoir de sauver les deux êtres.

D'usage pas très généralisé jusqu'aux trois quarts du dix-neuvième siècle, à cause de la forte mortalité, et parce que généralement on optait, dans les accouchements difficiles, pour sacrifier la vie de l'enfant en faveur de celle de la mère, l'hytérotomie a pris, dans l'obstétrique contemporaine, droit de cité, sous l'impulsion de la vigoureuse défense faite par Pinard des droits à la vie qu'ont tous les enfants.

---

(1) Communication présentée au 3ᵉ *Congrès médical latino-américain*, tenu à Rio, du 17 au 24 mars 1907.



Si le grand maître français a pu écrire dans sa clinique, à la fin du dix-neuvième siècle, l'aphorisme : « L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu », nous pouvons, au commencement du vingtième, aller plus loin en disant : « Qui pratique l'embryotomie sur l'enfant vivant commet un crime inexcusable devant la science, devant l'humanité et devant la loi. »

Au point de vue des indications de l'opération césarienne conservatrice, les plus fréquentes sont les rétrécissements du bassin d'origine rachitique, ostéomalacique, traumatique, tuberculeuse, ou par néoplasmes qui obstruent le bassin. Les autres indications, telles que la rigidité du col utérin, l'atrésie vaginale, l'éclampsie et le placenta prœvia, sont beaucoup plus rares et quelques-unes d'entre elles discutables.

On peut diviser en deux catégories les indications de l'opération césarienne : absolues et relatives.

Indications absolues. — On dit que l'indication est absolue chaque fois que le fœtus ne peut pas sortir par les voies naturelles, par aucune intervention obstétricale, même l'embryotomie. Quelques opérateurs, comme Léopold, acceptent comme tels les cas de diamètre utile au-dessous de 6 centimètres; quelques autres au-dessous de 5 centimètres, et il y en a qui affirment que seulement existe l'indication absolue de l'opération césarienne lorsque le diamètre utile est inférieur à la largeur des cuillères du basiotribe.

Mais nous ne devons pas oublier que, dans tous les cas de grand rétrécissement du bassin, l'embryotomie est autant ou plus dangereuse pour la mère que l'opération césarienne. C'est ainsi qu'avec la diminution de la mortatité dans la statistique de cette dernière opération, le nombre de ses indications absolues a augmenté.

En outre des rétrécissements du bassin par rachitisme, ostéomalacie, spondylyzème, spondylolisthésis, etc., sont causes d'indication absolue : les tumeurs implantées sur le col utérin ou sur les parois du bassin qui rendent impossible l'extraction du fœtus, même broyé, par les voies naturelles.

Aucune de nos opérées n'entre dans les catégories des indications absolues, parce que dans l'Argentine les cas de rachitisme prononcés au point d'exiger l'hystérotomie d'une façon absolue sont très rares et d'origine européenne lorsqu'ils existent. L'ostéomalacie, nous l'avons vue seulement une fois, et celle-ci hors de la grossesse et chez une étrangère.

Indications relatives. — Les indications relatives, comme les abso-

lues, ont augmenté,grâce aux progrès de l'asepsie et de l'antisepsie et au perfectionnement opératoire. Le champ d'action s'étend journellement, dépassant les étroites limites où la crainte de la mortalité maternelle, si limitée aujourd'hui, les maintenait jadis.

Les causes sont les mêmes dans les cas donnant lieu à l'une ou à l'autre indication, selon le degré plus ou moins accusé de rétrécissement du bassin ou d'obstruction par une tumeur.

Nous avons vu, à propos des indications absolues, les limites que les indications relatives ont avec elles : diamètre utile de 7 centimètres et demi. Or, nous avons des indications au-dessus de ce chiffre jusqu'à une limite difficile à préciser, à l'heure actuelle.

Mais ce n'est pas une question de chiffres, c'est la clinique qui nous gardera. L'indication vraie surgit de la disproportion entre les diamètres du bassin et ceux du fœtus, quelles que soient les dimensions du diamètre utile. Comme exemple, nous avons dans notre musée des fœtus de 6 à 7 kilogrammes qui auraient été sauvés avec l'hystérotomie et qui ont succombé parce que leurs grands diamètres ne pouvaient pas traverser les diamètres des bassins, malgré que ceux-ci fussent complètement normaux.

Ainsi nous expliquons notre nouvelle ligne de conduite intervenant dans les cas de rétrécissements peu accentués, qui sont les plus fréquents, après quelques heures de travail, c'est-à-dire, quand on soupçonne que la tête ne s'engagera pas comme nous l'avaient fait présumer la pelvimétrie interne et le palper mensurateur.

D'abord, nous devons établir que les indications relatives de l'opération césarienne ont seulement lieu dans les cas d'enfants vivants; dans les cas d'enfants morts, c'est l'embryotomie qui s'impose.

Une fois reconnu, avec la pelvimétrie interne, un bassin vicié, dont le diamètre utile est au-dessus de 7 centimètres et demi, lequel ne permet pas à la tête fœtale de s'engager, après quelques heures de travail vigoureux, avec membranes intactes ou rompues, mais en bonnes conditions d'asepsie, quelle doit être la conduite à tenir? c'est l'opération césarienne, la symphyséotomie, la pubiotomie ou la version avec la position de Walcher qu'il faut choisir.

Voilà une série de questions tout à fait intéressantes. Dans la bataille livrée entre les défenseurs de la symphyséotomie et les césaristes, le triomphe s'incline du côté des derniers. Les avantages de l'opération césarienne sont évidents et impossibles à discuter à l'heure actuelle.

C'est une opération définitive et complète qui dans un bref temps, de 20 à 25 minutes, permet à l'accoucheur de la terminer dans tous ses détails, sauvant ainsi les deux existences qui étaient en danger.

La symphyséotomie est presque toujours une opération double ; elle réclame, après la section de la symphyse, le secours de la version ou du forceps pour extraire le fœtus ; sa durée est plus grande et on n'a pas la sécurité d'obtenir un enfant vivant.

Il est vrai que l'hystérotomie a les inconvénients de toutes les laparotomies si on ne fait pas une bonne asepsie ; mais on ne doit pas oublier que la symphyséotomie, surtout chez les primipares, est une cause de déchirures du vagin, de la vessie et de l'urètre, qui plus tard occasionnent des fistules et des incontinences urinaires. D'un autre côté, le manque d'asepsie et les mauvaises conditions du milieu opératoire constituent les mêmes dangers pour les deux opérations. L'inconvénient de l'hémorragie immédiate ou secondaire, signalée contre l'opération césarienne, est très écarté car le bon chirurgien a toujours en main des moyens pour l'arrêter et pour la prévenir.

Nous avons seulement observé l'hémorragie immédiate chez la première de nos opérées, qui avait un utérus rempli de fibromes, et dans ce cas nous n'avons pas pratiqué d'abord l'injection d'ergotine, sagement conseillée par Bar.

L'opération césarienne réussit presque toujours à sauver la vie de l'enfant, car la mortalité des enfants est presque nulle : 1 à 5 p. 100 ; celle de la symphyséotomie est de 10,3 à 13 p. 100.

La mortalité maternelle est aussi plus grande dans la section de la symphyse. Dans une statistique publiée par nous en 1904, sur un total de 37 opérations césariennes conservatrices faites par 15 opérateurs, nous avions une mortalité de 6,6 p. 100, pourcentage qui tend à descendre ; tandis que dans les statistiques de Pinard la mortalité maternelle dans 100 cas de symphyséotomie a été de 12.

Dans les cas d'infection, les dangers sont plus grands, pendant les suites de couches, pour la symphyséotomie, à cause de la proximité de la plaie et de la vulve.

Les cas d'infection post-opératoire se présentent plus souvent dans la symphyséotomie, parce que la femme est obligée de subir un plus grand nombre de touchers que dans l'opération césarienne, car l'accoucheur doit observer la marche du travail pour intervenir lorsque la dilatation est complète.

La mobilité est plus grande dans la symphyséotomie, surtout si le rétrécissement du bassin est fort, donc il faut faire un grand écartement.

En plus des fistules vaginales et vésicales, il faut citer les prolapsus utérins, accident que Bar a vu chez 4 de ses opérées.

Nonobstant l'autorité de MM. Pinard, Morisani, Braun, Varnier, Kufferath, etc., qui soutiennent n'avoir pas vu d'insuccès dans la consolidation de la symphyse, il y a des cas de claudication par l'absence de cette consolidation. Ainsi, par exemple, Bar, Schaata, Zweifel, Tuffier et Binaud citent quelques cas.

Dans l'opération césarienne conservatrice on a observé la production d'adhérences utéro-abdominales, qui donnent lieu à des douleurs, surtout pendant les règles. Nous avons observé cet inconvénient quand nous pratiquions l'incision classique de l'utérus ; mais, après avoir pratiqué l'incision transversale par derrière les trompes, nous ne l'avons plus vue et nous la croyons impossible.

Quelques-uns attribuent à l'opération césarienne d'être une cause prédisposant à la rupture utérine pendant les grossesses ultérieures. Ceci est possible quand on ne suture pas ou que l'on suture mal l'utérus ; à l'heure actuelle, cet accident est très rare et il est accompagné de causes qui expliqueraient bien cette rupture, même dans les cas où il s'agirait d'un utérus sans cicatrice : grossesse gémellaire, hydroamnios.

Le nombre d'opérations césariennes répétées sur la même femme est grand. Dans nos opérées pour la deuxième fois nous ne trouvions pas amincie la cicatrice utérine de la première intervention, et sans nier la possibilité de tel accident, nous croyons que si les sutures prennent toute la paroi utérine, cette possibilité est écartée.

De l'étude comparée de ces deux interventions obstétricales, on conclut que dans les mêmes conditions, dans un cas de diamètre utile au-dessus de 7 centimètres et demi, avec enfant vivant, membranes intactes ou rompues, mais sans dangers d'infection, on doit préférer l'opération césarienne conservatrice à la symphyséotomie, pour sauvegarder mieux la vie de l'enfant et celle de la mère.

Avec l'initiative de Gigli l'obstétrique a incorporé une importante opération destinée à combattre les rétrécissements du bassin à un certain degré : *la pubiotomie ou section latérale du pubis.*

Il s'agit d'une opération nouvelle qui a remplacé la symphyséotomie et constitue une rivalité à l'opération césarienne.

Le parallèle entre cette opération et celle de Gigli, modifiée par Dœderlein par la méthode sous-cutanée, est difficile pour le moment, à cause du nombre relativement petit de pubiotomies pratiquées en Europe et en Amérique.

On peut, nonobstant, à juger par les statistiques publiées par différents accoucheurs, voir que la mortalité maternelle pour l'opération nouvelle est très inférieure à celle de la symphyséotomie et même à celle de l'opération césarienne conservatrice : 3,42 p. 180.

Il faut ainsi penser qu'il s'agit d'une opération nouvelle, dont les opérateurs doivent avoir la pratique et apprendre à connaître le moment et les cas où ils peuvent intervenir.

Nous ne croyons pas que cette opération se fasse sans accidents et complications. De même que la symphyséotomie, elle expose les primipares à souffrir des déchirures dans les parties molles (vagin, vessie) et, pour cette raison, à des infections graves et à des fistules vésico-vaginales.

Sur 21 opérées, dans la clinique de Dresde, par la méthode de Dœderlein, on a trouvé 3 cas de lacération du vagin, 4 déchirures de la vessie, 4 hématomes dans la section pubienne et 4 cas d'œdème des grandes lèvres de la vulve.

Nous attribuons la grande proportion de ces accidents à ceci : Kannegiesser est opposé à l'attente, à l'accouchement spontané après la pubiotomie. Notre expérience nous apprend que l'extraction du fœtus par le forceps est la cause des fréquentes déchirures vésico-vaginales, et quand on peut laisser à la nature l'achèvement du travail, les tissus conservent leur intégrité.

Dans l'opération césarienne conservatrice, ces dangers n'existent pas ; mais nous avons la crainte du shock et de la péritonite.

A notre avis, la pubiotomie a un énorme avantage sur toutes les autres interventions ; de plus, c'est la seule, à l'heure actuelle, qu'il convient de pratiquer dans les cas suivants : grossesse à terme, enfant vivant se présentant par le sommet, diamètre utile au-dessus de 7 centimètres et demi, membranes rompues ou intactes, mais on ne sait pas d'où vient la femme, qui arrive à la clinique depuis quelques heures de travail avec une température de 38° à 39°.

Dans ce cas, l'opération césarienne conservatrice est imprudente et l'opération de Porro est trop mutilatrice, lorsqu'il s'agit d'une femme jeune. La pubiotomie par la méthode de Dœderleim avec l'accouche-

ment spontané est, dans l'espèce, une intervention qui sauve le sujet; nous l'avons pratiquée quelquefois avec résultats excellents.

Au point de vue de l'intérêt du fœtus, l'opération césarienne conservatrice est la meilleure. Dans la statistique déjà citée de pubiotomie, il y a 19 p. 100 de mortalité fœtale, c'est-à-dire 4 ou 5 fois plus que dans l'opération césarienne.

Notre statistique plus réduite donne à peu près le même résultat, car, sur 11 pubiotomies, il y a 2 enfants morts.

En résumé, nous voyons qu'à l'heure actuelle, entre l'opération césarienne conservatrice et la pubiotomie, la première sauvegarde mieux la vie fœtale que la vie de la mère, et la deuxième défend plus celle-ci que celle-là.

Dans les cas de rétrécissement du bassin avec maladie cardiaque, dans les mêmes conditions, il faut opter pour la pubiotomie; celle-ci est une opération qu'on peut pratiquer sans anesthésie, et dans laquelle il n'y a pas de danger de shock.

Au point de vue de la version accompagnée de la position de Walcher, dans notre pratique nous n'avons pas eu la chance du professeur Léopold. Même lorsqu'il s'agissait de diamètre utile de 8 centimètres, nous n'avons pas fait engager des enfants bien développés.

Les dangers que courent les femmes sont plus grands que ceux de l'opération césarienne. Cette raison unie à celle de la mortalité fœtale nous fait incliner du côté de la section césarienne.

Entre l'accouchement prématuré et l'opération césarienne, on comprend aisément que si seulement il s'agissait de sauver la vie de la mère, c'est la première intervention que nous devons choisir. Pinard pratiqua 116 fois l'accouchement prématuré et n'eut pas un seul insuccès, et cependant, c'est lui qui, regardant les intérêts des enfants, s'inclina plus tard devant la symphyséotomie. Mais si on veut avoir toutes les probabilités de vie pour l'enfant, c'est à l'opération césarienne que l'accoucheur doit recourir.

Il y a d'autres indications pour l'opération césarienne, mais infiniment plus rares que celles que nous venons d'étudier: rigidité du col utérin, hémorragies, éclampsie, etc.

La rigidité du col obéit à des causes différentes. La dégénération cancéreuse réclame non seulement l'opération césarienne, mais l'hystérectomie.

Si la rigidité syphilitique et les cicatrices du col utérin résistent à la dilatation par les moyens ordinaires : ballon de Champetier, dilatation de Bossi, on doit faire l'hystérectomie, et pas les incisions profondes du col.

La rigidité du col par œdème ne résistant pas aux injections chaudes et surtout au ballon de Champetier, sauf dans le cas où tout le col serait pris d'une grande infiltration, les cas d'atrésie du vagin extrême sont des indications pour l'opération césarienne.

Dans ces cas, il faut toujours pratiquer, d'abord, une certaine dilatation du vagin qui permet l'écoulement lochial.

Si l'atrésie est assez grande pour ne pas même permettre cette dilatation, on doit faire l'hystérectomie totale.

Dans l'éclampsie, doit-on préférer le traitement chirurgical ou le traitement obstétrical?

Nous croyons qu'on doit opter pour le deuxième, en faisant l'accouchement forcé, car, avec le dilatateur de Bossi, on obtient la dilatation complète en 10 ou 15 minutes.

Seulement, dans les cas exceptionnels, par exemple : primipare avec le col tout entier, canal cervical trop étroit et même avec un peu d'atrésie vaginale, il est raisonnable de préférer l'opération césarienne.

Dans notre pays seulement, les docteurs Molinari et Velarde ont pratiqué deux fois l'opération césarienne dans les cas d'éclampsie avec résultats favorables.

Les interventionistes américains, Zuiker, Bernay, Hare, etc., croient que l'hémorragie par placenta prævia central commande l'opération césarienne. Telle pratique n'a pas eu d'imitateurs parce que nous avons d'autres moyens pour arrêter cette hémorragie (rupture large des membranes, ballon de Champetier, etc.).

Dans des cas très rares et très difficiles à diagnostiquer : d'hémorragie rétro-placentaire avec le placenta inséré normalement, chez une primipare, nous croyons justifiée l'opération césarienne ; mais chez une multipare avec le col assez ou totalement ramolli et aisément dilatable, nous pensons qu'on gagnera du temps et l'on aura plus de probabilités de succès par la dilatation rapide du col avec le dilatateur de Bossi ou la main, et l'extraction du fœtus par un pied.

Contre-indications de l'opération césarienne. — Elles sont peu nombreuses, mais bien définies.

La première, c'est l'hyperthermie par infection. Dans ces cas, et de

plus si les membranes sont rompues, on doit faire la pubiotomie, si le diamètre utile le permet, sinon l'hystérectomie ou l'opération de Porro.

Dans les cas de femmes, chez lesquelles on a pratiqué plusieurs touchers suspects, étant apyrétiques, poche des eaux intacte ou rompue, nous faisons l'opération césarienne, ayant plus de soin dans la désinfection des organes génitaux, et enveloppons l'utérus de grandes compresses imbibées de chlorure de mercure et en frottant la cavité avec les mêmes compresses ; on fait passer une mèche de cette cavité dans le vagin.

Dans les cas de cardiaques ou brightiques, si le diamètre utile le permet, on fait l'opération de Gigli, car cette opération a été pratiquée en Italie sans anesthésie. Si l'indication de l'opération césarienne est absolue, pour ne pas exposer la femme à des grossesses postérieures, on fera l'hystérectomie totale ou subtotale.

Pour finir, nous dirons que tous les néoplasmes (fibromes volumineux du parenchyme, cancer du col et môle hydatiforme envahissant la paroi), qui créent des dangers pour la vie ultérieure de la femme, commandent l'extirpation totale de l'organe malade.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Les 17 premières observations des 25 auxquelles se réfère cette petite monographie ont été publiées dans une communication présentée au 3e Congrès scientifique latino-américain, qui s'est tenu à Rio en 1905, raison pour laquelle nous n'en donnons que 8.

Comme on le verra en lisant avec un esprit observateur, elles sont hautement illustrées dans leurs détails et leurs particularités, en se plaçant, au point de vue des résultats statistiques, comme les meilleures.

OBS. XVIII. — *Bassin coxalgique. Déviation et asymétrie du bassin, ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite. Enfant vivant* 3.350 *grammes. BiP.* 9 *centimètres.* — A. T. de M. 28 ans, secondipare, entrée à la clinique le 2 août 1907 et à la salle de travail le 28, a bien marché jusqu'à deux ans et demi : depuis cette époque, la coxalgie s'est déclarée du côté droit. Puis elle est restée 5 ans sans pouvoir marcher. Réglée à 13 ans irrégulièrement. Grossesse antérieure, accouchement à terme par l'opération césarienne, pratiquée



par le professeur Baztenica. Enfant vivant en bon état. Les deux grossesses sont du même père.

Examen. — Grandes cicatrices à la hauteur du grand trocanter du côté droit ; dans la pente moyenne et supérieure, une fistule avec bords violacés, d'où sort un liquide séro-purulent, et dans la partie moyenne et antérieure, un petit abcès prêt à percer. Mouvements très limités dans le membre inférieur du côté droit, principalement ceux d'abduction; atrophie musculaire. Luxation iliaque (postérieure), contraction et flexion de 8 centimètres. Notable scoliose lombaire qui disparaît en pliant la cuisse sur le bassin. Hauteur de l'utérus, 35 centimètres. Présentation du siège, dos à droite. Opération césarienne pratiquée pendant le travail, 4 heures après la rupture des membranes. Incision de la paroi abdominale de 10 centimètres. Ouvrant le péritoine, on voit quelques adhérences, joignant la face antérieure de l'utérus avec le péritoine pariétal et le grand épiploon ; elles sont séparées sans difficulté. Extraction et ouverture de l'utérus par incision transversale de la paroi postérieure derrière la ligne des trompes. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.550 grammes. Séparation du placenta inséré dans le fond et dans la face postérieure de l'utérus. On frictionne la cavité ou l'organe avec des compresses sèches; sutures à points séparés et à la grosse soie (7 points). Suture de l'abdomen dans un seul plan. Lochies normales ; 26 jours après, la mère et l'enfant, en bonne santé, quittent la clinique.

Obs. XIX. — *Rétrécissement du bassin. Diamètre utile*, 8 *cm.* 5. *Enfant vivant*, 3.900 *grammes. Bi P.* 9 *centimètres.* — A.B.17 ans, primipare, entrée à la clinique le 26 juin 1905 et à la salle de travail le 23 septembre. Elle a toujours bien marché depuis l'âge de 2 ans. Premières règles à 12 ans, régulières. Grossesse à terme. Taille de la femme, 1 m. 35.

Examen obstétrical. — Hauteur de l'utérus, 95 centimètres. Présentation céphalique sans engagement, dos à droite. Le travail commence le 28 septembre et après 21 heures et demie on pratique l'opération césarienne: 6 centimètres de dilatation, membranes rompues, la tête n'est pas engagée. Opérée par le même procédé que la précédente. Lochies normales. Six jours après, on enlève les fils de la suture et, 30 jours plus tard, la mère et l'enfant quittent la clinique.

Obs. XX. — *Rétrécissement du bassin. D. U.* 9 *centimètres. Pubiotomie dans l'accouchement antérieur. Enfant vivant* 3 700 *grammes avec un BiP. de* 9 *centimètres trois quarts.* — A. M. de P. 20 ans, qui vient accoucher pour la troisième fois. Entrée à la clinique, en travail, le 10 octobre 1905 ; premières douleurs depuis 48 heures. Premiers pas à 2 ans, a toujours bien marché. Premières règles à 15 ans, régulières. Premier accouchement spontané, fille qui, à l'heure actuelle, a 2 ans et est bien portante. Le deuxième accouchement dystocique, pubiotomie pratiquée par le professeur Canton, après 28 heures de travail ; fille vivante, morte de la coqueluche à 7 mois. Les trois enfants sont du même père.

Grossesse actuelle Dernières règles, date ignorée. Hauteur de l'utérus, 35 centimètres.

Examen obstétrical. — Présentation céphalique sans engagement, dos à droite. Dilatation complète, membranes intactes; contractions vigoureuses toutes les 5 minutes. On attend encore six heures, mais la présentation ne s'engage pas; elle reste mobile au-dessus du détroit supérieur. On pratique l'opération césarienne, un peu après la rupture spontanée des membranes. Lochies normales; 23 jours après, la mère et l'enfant quittent la clinique.

Obs. XXI. — *Rétrécissement du bassin. D. U. 8 cm. 7. Grossesse gémellaire. Opération césarienne.* — P. S. de B., 38 ans, primipare. Entrée à la clinique en travail commencé 22 heures auparavant.

Examen dans le service. — Contractions éloignées. Abdomen très augmenté de volume, à peau très tendue. Hauteur de l'utérus, 38 centimètres. Par la palpation on diagnostique présentation céphalique sans engagement du G. T. et gros enfant, étant donné la hauteur de l'utérus et l'existence d'un seul foyer d'auscultation dans le milieu de la ligne iléo-ombilicale gauche. Dilatation de 4 centimètres, membranes intactes.

Bassin aplati D. N. de 8 centimètres.

La femme reste dans le service pendant 16 heures; les membranes sont rompues spontanément, le liquide amniotique est fortement coloré par le méconium, cependant les battements du cœur sont normaux. 5 heures après, la tête n'était pas engagée, malgré les vigoureuses contractions qui alors existaient.

Comme les battements deviennent irréguliers, on décide de pratiquer l'opération césarienne.

Avant d'inciser la paroi, on ausculte et on trouve les battements lents et presque imperceptibles. Laparotomie moyenne ombilicale de 15 centimètres. Extraction facile de l'utérus et incision transversale de sa face postérieure. On voit alors une grossesse gémellaire et on extrait d'abord le deuxième enfant mort, complètement baigné de méconium, en état de rigidité. Cet enfant était placé la tête en bas, dos à droite. Ensuite on extrait le premier, placé en présentation céphalique et en état de mort apparente. On arrive à rétablir la respiration à l'aide des manœuvres de respiration artificielle. Extraction d'un placenta maigre avec deux poches, inséré dans la face antérieure du segment supérieur et dans une partie du segment inférieur de l'utérus. Frictionnement de la cavité utérine avec une compresse imbibée d'une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 1000. Suture à la grosse soie et à points séparés. Durée totale de l'opération, 18 minutes; quantité de sang perdu, 300 à 400 grammes.

L'enfant présente un modelage de la tête très prononcé, une grande tumeur séro-sanguine sur la région occipito-pariétale gauche, chevauchement marqué du pariétal droit, diamètre bi-pariétal de 9 centimètres; dépression de la région fronto-pariétale du même côté, en correspondance avec la compression du promontoire.

Les suites de couches sont régulières ; au 7e jour, on enlève les fils de la plaie abdominale. La femme se lève le 17e jour. Il n'y a pas d'adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale. La mère et l'enfant quittent la clinique en très bonnes conditions.

Obs. XXII.— *Bassin rachitique aplati, D.U* 7 *cm.* 5. *Présentation de l'épaule. Opération césarienne.* — Mme G. de A., primipare. Entrée à la clinique en travail, commencé depuis 26 heures, avec rupture précoce des membranes 14 heures auparavant.

Après la rupture des membranes, dit la femme, survenait une perte de liquide à chaque contraction, et pendant les dernières, le liquide était couleur jaune verdâtre. La sage-femme, voyant qu'il s'agissait d'une présentation vicieuse, l'envoya à la clinique.

Examen à son entrée: T., 36°,6. P., 74; contractions vigoureuses et répétées.

La palpation est difficile, à cause de la rétraction utérine. Tête dans la fosse iliaque gauche. Cœur fœtal débile et irrégulier.

Par le toucher : 7 centimètres de dilatation, membranes rompues, présentation de l'épaule, position gauche, dos postérieur. DU, 7 cm. 5. En voyant le pouls et la température de la malade ainsi que le rétrécissement de son bassin, on décide l'opération césarienne que l'on commence quelques heures après son arrivée, et après une injection d'ergotine.

Avant de commencer, on constate que les battements du cœur fœtal sont ralentis et débiles. Extraction d'un enfant dans un état d'affaissement complet avec une teinte anémique, chez lequel il n'y avait pas de battements du cœur, et qu'on ne peut rendre à la vie malgré la pratique des différentes méthodes de respiration artificielle. L'extraction du placenta se fait en deux parties, car, étant inséré dans la face postérieure de l'utérus, on l'avait sectionné. On frictionne la cavité utérine avec des compresses imbibées d'une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 1000. Suture de l'utérus à grosse soie et fermeture de la paroi abdominale en deux plans.

Durée de l'opération, 20 minutes.

Perte de sang, de 600 à 700 grammes. On injecte à la femme 700 grammes de sérum.

Pendant les trois premiers jours des suites de couches, la température varie entre 37°,5 et 38°, pour descendre à 37° et au-dessous dans les jours suivants. Vers le 4e jour, les lochies étaient séro-sanguinolentes avec une forte odeur, et plus tard elles devenaient purulentes.

Comme traitement, on prescrit des injections vaginales quotidiennes de bichlorure de mercure à 1 p. 1000. Les conditions de la malade s'améliorent journellement et elle quitte l'hôpital 26 jours après. Il n'y avait pas d'adhérences utéro-abdominales.

Obs. XXIII. — *Bassin aplati. D. U.* 8 cm., 7. *Opération césarienne pratiquée pour la deuxième fois. Enfant vivant avec Bi P. de* 9 cm. 5. — A. M. de C.,

secondipare. Accouchement antérieur distocique, opération césarienne pratiquée dans la clinique de l'École de sages-femmes ; enfant vivant.

Examen obstétrical. — Présentation céphalique sans engagement, grossesse à terme. Le travail commence le 6 décembre 1906, et 18 heures après, on voit que la tête, grande et mobile, et sans flexion, dépasse de plus d'un centimètre au-dessus de la symphyse du pubis. On décide l'opération césarienne qu'on fait avec la dilatation d'un centimètre; membranes intactes. On pratique d'abord l'injection d'ergotine.

Opération. — Laparotomie moyenne ombilicale de 15 centimètres. Après l'ouverture du péritoine, on reconnut des adhérences anciennes, résistantes, fixant l'utérus à l'intestin et à l'épiploon, il fallut les détruire pour faciliter l'extraction de l'utérus ; on aperçut alors une cicatrice longitudinale un peu ombiliquée sur la face antérieure du segment supérieur, laquelle correspond à la première opération césarienne. Incision transversale postérieure. Extraction d'un enfant vivant, extraction du placenta inséré dans la face antérieure du segment supérieur ; friction de la cavité utérine avec des compresses imbibées de solution de bichlorure de mercure au 1 p. 1000 et suture de l'utérus. Cet organe reste un peu inerte; on le stimule avec des compresses d'eau stérilisée à 48° et massage. On ferme la paroi abdominale en deux plans.

Durée totale de l'opération, 25 minutes. Quantité de sang perdu, 600 grammes. Injection sous-cutanée de 1.000 grammes de sérum.

Suites de couches normales. Au 7e jour, on enlève les points de suture.

La femme se lève au 15e jour et, 3 jours après, quitte la clinique, accompagnée de son enfant, tous les deux en excellentes conditions. Absence d'adhérences utéro-abdominales.

Obs. XXIV. — *Rétrécissement du bassin. D. U. 8 cm. 5. Opération césarienne. Enfant vivant. Bi P., 9 cm. 5.* — E. R., secondipare, 19 ans. Accouchement antérieur spontané, enfant vivant 2.700 grammes ; accouchement chez nous. La grossesse actuelle est d'un père différent.

Entrée à la clinique le 24 septembre 1906 et à la salle de travail le 22 décembre. Grossesse à terme au moment de l'accouchement. Taille de la femme, 1 m. 44.

Examen obstétrical. — Présentation céphalique pas engagée, dos à droite.

Les premières douleurs à 7 heures du matin, et 9 heures après, malgré des contractions vigoureuses, la présentation ne s'engage pas ; la tête est mobile et le pariétal antérieur passe au-dessus de la symphyse. On fait l'opération césarienne avec membranes intactes, dilatation complète. 15 minutes avant l'opération, on fait une injection d'ergotine. Extraction d'une fille vivante. Adhérences solides et résistantes des membranes ; on frictionne fortement la cavité utérine avec une compresse imbibée de solution de bichlorure de mercure à 1 p. 1000. Il n'y a pas d'hémorragie.

Suites de couches normales. Première levée au 15e jour et sortie 3 jours après. Mère et fille en bon état.

Obs. XXV. — *Bassin généralement rétréci avec forme normale. D. U. 9 centimètres. Opération césarienne. Enfant vivant. BiP., 10 cm. 5.* — R. A., primipare, 18 ans. Entrée à la clinique le 20 novembre 1906 et à la salle de travail le 17 décembre. Grossesse à terme au moment de l'accouchement. Taille de la femme, 1 m. 35.

Examen obstétrical. — Hauteur de l'utérus : 36 centimètres. Présentation céphalique sans engagement, dos à gauche. Premières douleurs à 3 heures du matin, rupture prématurée des membranes, 3 heures avant le commencement du travail. Les contractions sont ralenties et la tête ne s'engage pas, elle est complètement mobile au-dessus du détroit supérieur, le pariétal antérieur passe 1 centimètre au-dessus de la symphyse. Dans ces conditions la femme passe 5 heures, après lesquelles on observe la perte de méconium. On pratique l'opération césarienne avec 3 centimètres de dilatation. Une demi-heure avant l'opération, injection d'ergotine.

Opération par les mêmes procédés que les antérieurs. Enfant vivant. Durée totale, 18 minutes. Quantité du sang perdu, 300 grammes.

Suites de couches normales ; 18 jours après, la femme et l'enfant quittent la clinique en bon état.

CONCLUSIONS

I. L'opération césarienne conservatrice a cessé d'être l'intervention craintive des autres temps, pour s'incorporer, chaque fois qu'elle est exécutée par des mains habiles, au nombre des opérations obstétricales de pratique ordinaire, dont la mortalité tend à diminuer quotidiennement, grâce aux progrès de l'antisepsie.

II. Dans les cas de bassin rétréci, dont le diamètre utile est inférieur à 7 centimètres et demi, avec enfant vivant et normalement développé, l'indication de l'opération césarienne doit être considérée comme absolue.

III. Dans les cas de rétrécissement du bassin supérieur à 7 centimètres et demi avec enfant vivant et complètement développé, l'indication de l'opération césarienne s'impose, chaque fois que la disproportion entre les diamètres de la tête et ceux du bassin ne permet pas l'engagement de la tête, après plusieurs heures de contractions utérines vigoureuses, quel que soit, d'autre part, le degré de rétrécissement du bassin.

IV. A conditions égales, en cas de diamètre utile supérieur à 7 centimètres et demi, entre l'opération césarienne et la symphyséotomie, on doit opter pour la première, en vue de mieux sauvegarder la vie de la mère et celle de l'enfant.



V. Sans nous prononcer d'une manière absolue, momentanément nous croyons que, dans un cas de diamètre utile supérieur à 7 centimètres et demi et à égales conditions, entre l'opération césarienne conservatrice et la pubiotomie sous-cutanée suivie de l'accouchement spontané, l'accoucheur peut opter indistinctement pour l'une ou l'autre, se rappelant que si la première défend mieux la vie du fœtus, la seconde garantit mieux la vie de la mère.

Dans un cas de fièvre ou d'un soupçon fondé d'infection, il sera préférable de pratiquer la pubiotomie.

VI. Dans les rétrécissements supérieurs à 7 centimètres et demi et à conditions égales, entre la version, même combinée avec la position de Walcher, et la césarienne conservatrice, on choisira la dernière parce qu'elle défend mieux les intérêts fœtaux et maternels.

VII. Entre l'accouchement prématuré et l'hystérotomie, si la mère seule cherche la plus grande somme de garantie pour sa vie, compromettant celle de l'enfant on optera pour la première; mais si elle désire la plus grande somme de probabilité pour la vie de l'enfant, sans compromettre sérieusement la sienne, on choisira la seconde.

VIII. Dans les cas graves d'éclampsie, entre l'hystérotomie et l'accouchement forcé, sauf quelques rares exceptions, on devra choisir le dernier en tenant compte du dilatateur de Bossi, qui permet de débarrasser l'utérus aussi rapidement que par la césarienne.

IX. Les hémorragies utérines ne justifient pas l'opération césarienne ; seulement dans les cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, chez une primipare près du terme, avec enfant vivant on peut discuter entre l'hystérotomie et l'accouchement forcé.

X. Il y a des contre-indications de l'opération césarienne conservatrice, dans tous les cas d'infection, dans les maladies du cœur, dans les cancers de l'utérus, les gros fibromes et en général toutes les tumeurs, telles que le môle hydatiforme, qui, capables d'envahir la paroi utérine, peuvent être une cause compromettant la vie de la femme. Dans ces cas la césarienne sera mutilatrice.

XI. Dans les 25 cas de notre série, la mortalité maternelle a été égale à zéro.

REVUE ANALYTIQUE

I. — VICIATION PELVIENNE

A. — OPÉRATION CÉSARIENNE

Contribution à la section césarienne sur un total de 229 cas (Beitrag zur Sectio cœsarea auf Grund von 229 Fällen). Professeur G. Léopold, *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. LXXXI, Hft. 3, p. 701.

Léopold et Haake ont déjà, en 1898, publié une importante monographie « qui nous fournit alors les éléments d'une revue générale » sur l'opération césarienne (1). Or, le 11 avril 1905, la 200e césarienne était pratiquée à la *Königlichen Frauenklinik* de Dresde, chiffre qui, en mars 1907, a atteint 229. Le professeur Léopold pense qu'il y a d'autant plus d'utilité à examiner de très près cet ensemble de faits que l'introduction de certaines interventions, en particulier de l'hébotomie, dans la thérapie des viciations pelviennes lui paraît devoir influer notablement sur cette thérapie. Il se propose aussi d'examiner :

1° S'il n'eût pas mieux valu ne pas traiter certains cas par la césarienne ; quelles opérations eussent été, à l'heure actuelle plus appropriées ; bref, quels décès aurait-on pu éviter?

2° Quel fut ultérieurement le sort des mères et des enfants.

Mais avant, Léopold fait une étude d'ensemble des 2 séries de 100 césariennes.

N. Dans l'ensemble, 188 fois, *l'indication* à l'opération césarienne fut la *sténose du bassin osseux*. Et pour les 12 autres cas, l'impossibilité à l'accouchement fut en rapport si direct avec l'obstruction du bassin par des tumeurs, des rétrécissements cicatriciels, etc., qu'ils sont justiciables de la même discussion.

COUP D'ŒIL GÉNÉRAL

	1re série	2e série	Total
Césarienne conservatrice	71	63	134
— mutilatrice (Porro)	29	37	66
	100	100	200

INDICATIONS

1° *Pour sténose pelvienne.*

	1re série	2e série
a) Bassins généralement rétrécis	7	3

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1898, p. 467.

		1re série	2e série
b)	Bassins plats rachitiques	11	16
c)	— — — généralement rétrécis.	65	70
d)	— rachitiques, obliquement rétrécis . . .	2	3
e)	— cyphotiques, généralement rétrécis . .	4	»
f)	— obliques, généralement rétrécis. . . .	2	2
g)	— ostéo-malaciques	1	»
h)	— généralement rétrécis, pseudo-ostéomalaciques	1	»
i)	— plats rachitiques, irrégulièrement transversalement rétrécis	»	1
		93	95

2° *Par d'autres causes.*

1re série (100).		2e série (100).	
Tumeurs	4	Tumeurs	2
Hernie de l'utérus	1	Putréfaction	1
Ruptures de l'utérus	2	Sténoses cicatricielles.	2
	7		5

DEGRÉ DU RÉTRÉCISSEMENT PELVIEN

	1re série	2e série	Total
Bassin non mensuré	»	1	1
I° (Conjugué vrai 9,5-8,5)	0	2	2
II° — — 8,5-7,0.	24	37	61
III° — — 7,0-6,75 ou 6,0.	38	30	68
IV° — — 6,0-0	31	25	56
	93	95	188

188 pour sténose pelvienne.

CÉSARIENNE POUR INDICATION RELATIVE DANS STÉNOSE PELVIENNE

1re série	2e série	Total
62	70	132

CÉSARIENNE POUR INDICATION ABSOLUE DANS STÉNOSE PELVIENNE

	1re série	2e série	Total
I° Césarienne conservatrice.	20	10	30
II° — mutilatrice (Porro)	11	15	26
	31	25	56

INDICATIONS A LA SECTION CÉSARIENNE AVEC ENLÈVEMENT DE L'UTÉRUS

	1re série	2e série	Total
	—	—	—
Putréfaction, sténose cicatricielle, infection . . .	»	3	3
Sténose pelvienne et infections	1	4	5
— — absolue	11	15	26
— — et anémie grave.	3	»	3
— — et néphrite grave	»	1	1
— — et insuffisance cardiaque grave.	2	1	3
Bassin par scoliose ou ankylose.	2	»	2
Atonie après césarienne conservatrice voulue . .	3	1	4
Tumeurs	4	»	4
Hernie de l'utérus	1	»	1
Rupture complète ou incomplète de l'utérus. . .	2	1	3
Sténose pelvienne et hémorragie sévère par déchirure dans le ligament large.	»	1	1
Stérilisation sur le désir de la femme et du mari dans le cas de sténose pelvienne considérable et pour d'autres raisons	»	10	10
	29	37	66

NOMBRE DES OPÉRATIONS PENDANT CHAQUE ANNÉE

1re série (100)				2e série			
Année	Conservatrice	Mutilatrice	Total	Année	Conservatrice	Mutilatrice	Total
—	—	—	—	—	—	—	—
1882	1	»	1	1898	3	9	12
1883	1	»	1	1899	6	2	8
1884	3	»	3	1900	8	6	14
1885	1	2	3	1901	6	6	12
1886	9	1	10	1902	8	6	14
1887	5	»	5	1903	14	4	18
1888	5	1	6	1904	14	1	15
1889	4	3	7	1905	4	3	7
1890	5	1	6		63	37	100
1891	5	»	5				
1892	5	»	5				
1893	1	3	4				
1894	3	2	5				
1895	3	1	4				
1896	12	6	18				
1897	8	9	17				
	71	29	100				

OPÉRATEURS

1re série

I. Césarienne conservatrice, professeur Léopold	51
9 assistants.	20
	71
II. Césarienne mutilatrice, professeur Léopold	27
2 assistants.	2
	29
	100

2e série

I. Césarienne conservatrice, professeur Léopold	30
7 assistants.	33
	63
II. Césarienne mutilatrice, professeur Léopold	24
4 assistants.	13
	37
	100

PROPORTION DES PRIMIPARES ET DES MULTIPARES

	1re série		2e série	Total
	—		—	—
I° Cés. conservatrice .	27 : 44 = 71	I°	26 : 37 = 63	53 : 81 = 134 = 67 p. 100
II° Cés. mutilatrice . .	13 : 16 = 29	II°	12 : 25 = 37	25 : 41 = 66 = 53 p. 100
	100		100	
Au total	40 : 60 = 100		38 : 62 = 100	

78 primipares : 122 multipares.

CÉSARIENNE ITÉRATIVE

1re série (100)	2e série (100)	Total
—	—	
Chez 13 femmes	Chez 18 femmes	Total
—	—	—
3 fois : chez 2 femmes	chez 2 femmes. . . .	4
2 — — 10 —	— 16 —	26
— 1 —		
au total : chez 13 femmes	chez 18 femmes	
I° Cés. conservatrice.	Chez 8, à la 2e fois, C. mutilatrice	
II° — mutilatrice		

Sur 200 = 31 fois = 15,5 p. 100.

MORTS

	1er cent		2e cent
	—		—
I° Cés. conservatrice. .	71 : 7 = 9,8 p. 100	I°	de 63 : 4 = 6,85 p. 100
II° — mutilatrice . . .	29 : 3 = 10,3 —	II°	de 37 : 1 = 2,7 —
	100 : 10 = 10 p. 100		100 : 5 = 5 p. 100

Total de 200 : 15 = 7,5 p. 100.

1er cent

I° *a*) *Non au passif* de la clinique.
Infection (n° 4).
Cyphoscoliose (n° 15).
Gonorrhée (n° 69).

b) *Au passif* de la clinique.
Hémorragie (n° 27).
Suture défectueuse et compression manuelle (n° 34).

Le Porro eût été préférable { Atonie considérable (n° 45). Gonorrhée (n° 67).

II° *a*) *Non au passif* de la clinique.
Sarcome médullaire (n° 20).
Nanie, insuffisance cardiaque grave (n° 29).

b) *Au passif* de la clinique.
Hémorragie secondaire.

2e cent

I° *a*)

b) *Au passif* de la clinique.
Péritonite (n° 83).
Septicémie ; insuffisance cardiaque (n° 85).
Déchirure de l'utérus (n° 121).
Incarcération de l'utérus rétrofléchi ; péritonite (n° 129).

II° *a*) *Non au passif* de la clinique.
Septicémie antérieure (n° 56).

b)

Au passif de la clinique

	1re cent.		2e cent.	Total
I°	4 : 68 = 5,8 p. 100	I°	4 : 63 = 6,35 p. 100	8 : 131 = 6,1 p. 100
II°	1 : 27 = 3,7 —	II°	0 : 36 = 0 —	1 : 63 = 1,5 —
	5 : 95 = 5,2 p. 100		4 : 99 = 4 p. 100	

9 morts sur 194 césariennes = 4,6 p. 100 *au passif* de la clinique.

MORTS PAR RAPPORT AUX ANNÉES

1re série

12 années : 1882-1893 : 54 avec 3 morts = 5,5 p. 100.
12 — 1894-1905 : 140 avec 6 morts = 4,2 p. 100

MORTS APRÈS CÉSARIENNE POUR INDICATION SEULEMENT RELATIVE DANS STÉNOSES PELVIENNES ; AU PASSIF DE LA CLINIQUE

62 : 3 70 : 2

132 : 5 morts = 3,7 p. 100.

MARCHE DES SUITES DE COUCHES APRÈS ÉLIMINATION DES CAS MORTELS

	1re cent		2e cent	Total
1° Apyrexie.	60		38	98 = 52,9 p. 100
2° Fièvre légère	19		36	55 = 29,7 —
3° Processus septiques . .	9		10	19 = 10,27 —
Éclampsie et arthritisme gonorrhéique	1	mastite, bronchite, lochiométrie	11	13 = 5,94 —
Psychose	1			
	90 (+ 10 morts)		95 (+ 5 morts)	185

RÉSULTATS POUR LES ENFANTS

	1re cent	2e cent	Total
I° Cés. conservatrice. Tous les enfants vivants. . . .	71 nés vivants	63 : 62 nés vivants	134 : 133 nés vivants.
II° Cés. mutilatrice ; de 29 enfants, nés vivants . . .	23 —	37 : 30 —	66 : 53 —
	94 nés vivants	92 nés vivants	186 nés vivants

I°	Mort dans les 3 semaines suivantes	5
II°		2
		7

I°	Mort *sub partu* . . .	1
	Plus tard	3
II°	Morts avant l'accouch.	6
	Peu après	1
		11

Mort-nés	6	6	12
		2 (mort peu après l'accouchement)	2
Morts ultérieurement	7	3	10
Sortis vivants	87	89	176 = 88 p. 100.
	100	100	200

ENQUÊTE SUR LE SORT ULTÉRIEUR DES ENFANTS

2e cent

Iº Césarienne conservatrice	63	enfants
Sans nouvelles	16	
Morts dans l'année	9	47 : 38 = 80,8 p. 100.
Vivants à 8 ans	38	
	63	
IIº Césarienne mutilatrice	37	
Mort-nés	6	
Morts tôt	2	
Sans nouvelles	6	
Morts dans l'année	6	23 : 17 = 7,39 p. 100.
Vivants à 8 ans	17	
	37	

Si l'on fait intervenir les 29 césariennes faites après le 2e cent, on a :
Iº Césarienne conservatrice.

Indications

	Rétrécissement absolu du bassin	Rétrécissement relatif du bassin	Mères	Enfants
Iº Césarienne conservatrice	9	12	19 vivantes 2 mortes	21 vivants
IIº Césarienne mutilatrice	4	4	8 vivantes	7 vivants 1 mort
Total	13	16	27 vivantes	28 vivants
	29		2 mortes	1 mort

Mortalité = 6,89 p. 100.

Et dans l'ensemble, en comptant les cas de morts au passif de la clinique, 11 morts sur 223 césariennes.

Soit mortalité maternelle = 4,9 p. 100.

***

Léopold examine maintenant cette question : *N'eût-il pas mieux valu ne pas traiter certains cas par la césarienne* ; quelles opérations eussent été, à l'heure actuelle, plus appropriées ; bref, *quels décès aurait-on pu éviter* ?

Sur les 129 césariennes, on note 7 décès au passif de la clinique.

OBS. I. — 29 ans, Ipare, *bassin plat rachitique généralement et fortement rétréci*, rachitisme généralisé à tout le squelette. Diamètres pelviens : 23 ; 23,5 ; 32,5 ; 16,5 ; conj. diag. 9 ; conj. vrai, 7 centimètres.

Douleurs vigoureuses depuis 4 heures. Sacrum dans sa portion inférieure coudé fortement. Double promontoire. Ligne innominée aisément et partout accessible. Orifice externe

perméable à 2 doigts. Poche des eaux rompue. Placenta en arrière. Tête fœtale mobile au détroit supérieur. Disproportion évidente entre la tête fœtale et l'entrée pelvienne. Mère et mari expriment le désir d'avoir un enfant vivant. *Césarienne pour indication relative,* le 14 mars 1905, à 5 heures l'après-midi (opérat., prof. Léopold). A l'occasion de l'extériorisation et du redressement de l'utérus, se produisit, par rupture d'une adhérence, une *déchirure péritonéale* qui fut fermée par 7 points de suture. Césarienne typique, 10 sutures profondes, 16 superficielles, à points séparés, à la soie. *Enfant,* 2.800 grammes, légèrement asphyxié, ranimé vite. Diamètre de la tête fœtale : 11 ; 9 ; 8,5. Circonférence maxima : 35,5. *Suites* : Déjà, le 3e jour *post op.*, fièvre vive, T. 39°, 6 ; mise en évidence de streptocoques dans la sécrétion du col. A partir du douzième jour, *pleuro-pneumonie droite* qui amena la mort le trentième jour. *Nécropsie* : pneumonie croupale du poumon droit; pleurésie droite, fibrineuse, suppurée, adhérence de l'utérus en avant, suppuration des trajets des sutures endométrite septique ; métro-thrombophlébite, thrombose de l'utérine et de l'iliaque gauche.

Il est non douteux que ce décès doit être porté au passif de la clinique. Léopold souligne à nouveau que la césarienne — parce qu'elle est une cœliotomie — est toujours incertaine dans son issue, et que le pronostic doit toujours être réservé. A l'heure actuelle, en semblables conditions, tout espoir de la possibilité d'une terminaison de l'accouchement par les *voies naturelles* étant perdu, on ferait, à la clinique, l'hébotomie avec le très grand espoir de sauver mère et enfant. Dans *la pratique privée*, si toutes les conditions nécessaires pour l'hébotomie étaient réunies, elle serait aussi l'opération indiquée. Dans l'éventualité contraire, devrait-on faire un crime au praticien de procéder à l'embryotomie de l'enfant, peut-être vivant, le professeur Léopold ne le pense pas.

Obs. II. — 31 ans, Ipare. Bassin plat rachitique, généralement rétréci : 26,5 ; 24 ; 29 ; 16,5 ; 8,5 ; conj. vrai 6,5. *Insuffisance mitrale.* Durée de l'accouchement jusqu'à l'opération, 28 heures. Colpeuryse avec ménagement de la poche des eaux. Examen interne une demi-heure avant l'opération. Orifice externe comme 3 marks. Poche des eaux rompue avant l'opération. Pas d'engagement de la grosse tête fœtale. *Opération,* 4 heures du soir (professeur Léopold). Sutures entrecoupées à la soie. 9 profondes, 11 superficielles : Suites normales. Enfant asphyxié, ranimé au bout de 20 minutes; long de 53.5 centimètres ; poids 3.575 grammes. Dimensions de la tête fœtale : 10,25 ; 9; circonférence maxima : 39 centimètres. *Mère* : A partir du quatrième jour, forte dyspnée ; râles trachéaux, toux, matité thoracique à droite. Hyperthermie (39°,6) ; mort le septième jour. Pas d'autopsie. Pneumonie (?). Septicémie (?).

Dans ce cas, à cause de l'insuffisance mitrale, de l'impossibilité de la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles, *il eût fallu ne pas attendre,* — à l'heure actuelle, on poserait au moins la question de la pubiotomie. Reste à savoir, si, avec un conjugué vrai de 6 cm. 5, une tête fœtale d'un diamètre transverse de 10 cm. 25 et une circonférence horizontale de 34 centimètres, cette opération ouvrirait suffisamment le bassin pour que l'accouchement se fît sans danger pour la mère et l'enfant.

Obs. III. — 29 ans, IVpare. Bassin plat rachitique : 25 ; 26 ; 31 ; 17 ; 8 et demi ; conj. vrai, 6 et demi. Depuis 12 heures en travail. Premier accouchement, le 27 mars 97 ; césarienne. Sortie avec son enfant au bout de vingt jours, enfant mort à un an et demi ; deuxième accouchement, 27 juillet 1902, procidence du cordon. Enfant mort. Perforation et cranioclasie ; le troisième jour des suites de couches, T. 38°,8 ; P., 76. *Gonocoques.* La femme vint à la clinique à la fin de la troisième grossesse. Douleurs depuis 12 heures. Examen interne 5 heures avant l'intervention : dilatation comme 3 marks. Poche des eaux intacte. Rompue avant l'opération. *Opération* (docteur Kannegiesser). La cicatrice abdominale est dans sa partie inférieure adhérente à l'utérus ; en haut, elle fait une hernie comme une noix. Incision abdominale à droite de la cicatrice. Ouverture de la cavité abdominale rendue très difficile par de nombreuses adhérences entre l'épiploon, l'utérus et la paroi abdominale. Ligature double. Libération des adhérences et excision de la hernie abdomi-

nale. Suture utérine à la soie, 7 points profonds, 14 superficiels. *Enfant* : long de 40 centimètres; poids, 2.600 grammes; grand diamètre transversal, 8 centimètres trois quarts; circonférence horizontale, 34 centimètres. *Mère* : Le troisième jour, météorisme; T. 38°,1. Le quatrième jour, grande agitation; météorisme accusé. T. 39°,1, P. 150; prolapsus subit, mort. *Autopsie* : *Péritonite, avec irruption de gaz et de matières fécales dans la cavité abdominale par une ouverture dans la paroi du côlon transverse.*

Obs. IV. — 33 ans, IIpare ; le 23 novembre 1905, terminaison de l'accouchement, après prolapsus du cordon, par la perforation de l'enfant mort. Bassin plat rachitique : 22; 22; 30; 16 et demi; 8 et demi; conj. vrai, 6 trois quarts à 7 centimètres. Indication relative. Durée du travail, 12 heures. Examen interne à la clinique 5 heures avant l'opération. Dilatation comme 3 marks. Pas d'engagement. Rupture artificielle de la poche des eaux. *Opération* : le 7 novembre 1904. Utérus suturé par 9 sutures profondes, 14 superficielles à la soie. Garçon long de 50 centimètres; poids, 3.550 gr. Tête fœtale : grand diamètre transverse, 9 centimètres et demi; circonférence horizontale, 37 centimètres. Le troisième jour *post-partum*, météorisme, vomissements. T. 38°,9; P. 96. Pas d'émission de gaz. Le cinquième jour après application d'un tube rectal, issue de matières aqueuses et de gaz. T., 38°,5; P., 130. Le sixième jour, météorisme intense. *L'idée qu'il s'agissait d'une occlusion intestinale fit qu'on rouvrit le ventre* : anses intestinales très distendues, côlon contracté. Péritoine fortement injecté et enduit de fins exsudats blanchâtres. *Utérus rétrofléchi et incarcéré dans le petit bassin.* On n'aperçut la suture qu'après désenclavement de l'organe. Deux sutures moyennes ont cédé; la plaie est en partie couverte d'exsudats jaune blanchâtre. Dans le petit bassin, matières grumeleuses sanguinolentes. Après toilette soigneuse, excision rapide de l'utérus et fixation du pédicule dans l'angle inférieur de la plaie. *Mort* peu après. *Autopsie* : *péritonite aiguë diffuse.* L'enfant, pourvu d'une nourrice, se développait bien; mais sorti de la clinique, il mourut au bout de deux mois.

Dans une réunion de conditions aussi défavorables (adhérences multiples, gonorrhée antérieure), on serait en droit, *même à la clinique*, de mettre en discussion la perforation de l'enfant *vivant* et le Porro, et d'opter pour la première de ces opérations. *Combien plus encore serait justifié le praticien, réduit à lui-même, s'il se rangeait à semblable décision!*

L'étude de ce cas, écrit Léopold, montre : 1° qu'il eût été vain d'espérer un accouchement spontané; 2° que même pour l'enfant l'hébotomie eût été préférable à la césarienne; 3° qu'enfin la cause initiale des accidents successifs qui aboutirent à la mort fut très vraisemblablement une rétention des lochies (distension de l'utérus, rupture de la suture, péritonite, etc.), lochiométrie qu'avec plus de vigilance on eût dépistée et dont on aurait, très vraisemblablement, sans difficulté, prévenu les effets (saisie du col, attraction douce de la paroi antérieure, irrigation prudente, etc.).

Viennent ensuite les 2 décès qui rentrent dans les 29 césariennes qui inaugurent le troisième cent.

Obs. V. — 19 ans, arrive en travail le 6 octobre 1905; bassin plat rachitique, généralement rétréci : 25; 26; 33; 17; 3,5; conjugué vrai, 6,5 cent. Le travail dure depuis 10 heures, contractions fortes. Pas d'engagement de la tête fœtale. *Examen interne*, 3 heures avant l'opération; promontoire très saillant. *Opération* (professeur Léopold), le 6 octobre, à 9 heures et demie du soir. Sutures à la soie, à points séparés, 8 profondes, 21 superficielles. Garçon long de 53 centimètres; poids, 3.350 grammes. *Tête fœtale* : grand diamètre transverse, 9; circonférence horizontale, 35 centimètres. Dès le premier jour *post-opératoire*, fièvre élevée avec symptômes de péritonite; *mort* le cinquième jour.

Des examens histologiques de fragments de tissu utérin, prélevés au niveau de la suture utérine, démontrèrent que la *cause initiale du décès fut une endométrite gonorrhéique.*

Commentaires. — L'expérience acquise établit que l'existence de la gonorrhée constitue toujours une condition défavorable et même tout à fait grave par rapport à l'hébotomie et à l'opération césarienne; aussi, quand cette compli-

cation est reconnue, si l'enfant est vivant et si l'accouchement par les voies naturelles est impossible, le mode d'intervention à adopter est : *a*) dans une clinique, le Porro; *b*) en pratique privée, quand le praticien est réduit à lui-même, la perforation de l'enfant vivant.

Obs. VI. — 28 ans, primipare, apportée le 10 juillet dès le matin à la clinique. Bassin infantile : 21; 23; 29; 16,5; 8; conjugué vrai 6. Indication absolue. A terme. Douleurs fortes. Examen interne, 2 heures avant l'opération (gants de caoutchouc). Dilatation comme 2 marks. Poche des eaux intacte. Ligne innominée entièrement accessible. *Opération* (professeur Léopold). Liquide amniotique mélangé de méconium. Suture utérine à la soie, à points séparés, 8 profonds, 12 superficiels. Fille légèrement asphyxiée, longue de 49 centimètres; poids, 3.300 grammes. *Tête fœtale*: grand diamètre transverse, 9 centimètres et demi; circonférence horizontale, 36 centimètres.

Dès le troisième jour, hoquet, fièvre vive. Le cinquième jour, T. 39°,9. P. 128. Paroi utérine gauche, très douloureuse. Pas de météorisme abdominal. Rien d'anormal, au niveau de la plaie abdominale. Le sixième jour, T. 40°,5, P. 146. Douleurs abdominales à gauche, météorisme, *mort*.

Autopsie : péritonite suppurée. Infection de la plaie utérine. En désunissant la plaie utérine, on constate au niveau des tiers moyen et inférieur une grosse veine, pleine d'un thrombus fétide, suppurée. Le tissu utérin est infiltré et infecté, surtout à gauche de la plaie. Trompes libres de pus. Parametriums très œdématiés.

Or, une enquête minutieuse faite pour découvrir l'origine de cette infection démontra indiscutablement qu'une faute avait été commise par un des assistants (il avait négligé de mettre les gants de caoutchouc). *Ce fait montre une fois de plus, qu'avant toute césarienne, — par le fait seul qu'elle est une laparotomie, — il faut être bien sûr que le milieu opératoire, matériel et personnel, réalise toutes les conditions d'une parfaite asepsie.*

Sort ultérieur des enfants mis au monde par la césarienne : a) Césarienne conservatrice. On ne put avoir de nouvelles que de 47 enfants sur 63. De ces 47 enfants, 9 sont encore vivants après 8 ans = 80,8 p. 100; 9 sont morts au cours de la première année. Cette mortalité correspond d'ailleurs au chiffre de la mortalité durant la première année.

b) Césarienne mutilatrice (Porro). Renseignements seulement sur 23 enfants de 37. Et de ces 23, 17 seulement étaient vivants après 8 ans = 73,9 p. 100.

Au total, de 70 enfants appartenant a la deuxième série, 55 vivaient après 8 ans = 78,5 p. 100. R. L.

La section césarienne à la clinique de Schauta (Die Sectio caesarea an der Klinik Schauta). J. Neumann, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 1, p. 1.

Cette monographie utilise, comme matériaux documentaires, 180 observations de césariennes, dont 175 pratiquées sur la femme vivante, 5 sur la femme morte, ensemble d'observations recueillies en vingt années (1885-1905), valable non pas seulement par le nombre des faits, mais surtout par l'unité d'observations, l'exactitude, la reconnaissance et l'observation de certains principes dans l'estimation des indications, de la thérapie, etc. Ces observations ont été rassemblées dans les différents services dirigés par Schauta : à Inspruck, Prague et Vienne, et correspondent à un total de 50.174 accouchements, ce qui donne comme *fréquence de l'opération césarienne* : 1 sur 289 : 1° d'octobre 1881 à fin mars 1887 (Inspruck), sur 2.183 accouchements, 3 césariennes, soit 1 sur 728

accouchements ; 2° d'avril 1887 à fin septembre 1891 (Prague), sur 4.331 accouchements, 15 césariennes, soit 1 sur 289; 3° d'octobre 1891 à fin mars 1905 (Vienne), sur 44.200 accouchements, 157 césariennes, soit 1 sur 282 accouchements.

Donc, pour l'ensemble, sous la direction de Schauta, la fréquence de la césarienne a été, par rapport à la totalité des accouchements, comme 1 est à 289. Or, Léopold et Haake indiquent 1 à 225,8; R. Braun, 1 à 402; Keitler (clinique de Chrobak), 1 à 547,8; enfin Rosthorn (clinique de Prague), 1 à 286, très rapproché de celui de Schauta.

Fréquence relative de la césarienne conservatrice et de la césarienne mutilatrice

Léopold	1 césarienne conservatrice sur	319,4	. . .	1	mutilatrice (Porro) sur	770,9
R. v. Braun	1	— 874,9	. . .	1	—	743,6
Keitler	1	— 922,6	. . .	1	—	1.348,5
Schauta	1	— 319	. . .	1	—	3.170

Un simple coup d'œil sur ces chiffres suffit à montrer quels écarts ils présentent, et l'auteur est convaincu que ces écarts ne tiennent pas seulement à la diversité, aux dissemblances des particularités cliniques offertes par les femmes, mais surtout à la façon différente de déterminer les indications opératoires.

— Nota. A la clinique de Schauta, *n'est tenue pour opération césarienne que l'ouverture méthodique du ventre par laparotomie dans le but de pratiquer l'accouchement*, élimination faite de l'opération pratiquée dans le cas de rupture de l'utérus après sortie de l'enfant; tous les actes opératoires successifs, qui affectent l'intégrité de l'appareil génital sont considérés comme opérations complémentaires (par exemple, le Porro).

L'auteur propose la nomenclature suivante, basée sur la considération des diverses techniques opératoires :

1° L'*opération césarienne* (Sectio cæsarea) *ou la césarienne à la Sänger*;

2° L'*opération césarienne avec opération consécutive sur les annexes dans un but de stérilisation* (castration, ablation des annexes, des trompes, résection, excision, etc.);

3° L'*opération césarienne avec consécutivement* : *a*) L'amputation supravaginale de l'utérus et le traitement extrapéritonéal (opération de Porro), intrapéritonéal, rétropéritonéal du pédicule, et l'inversion vaginale;

b) L'extirpation abdominale { α. de l'utérus
β. de l'utérus et du vagin

c) L'extirpation vaginale . { α. de l'utérus
β. de l'utérus et du vagin

Suit une classification basée sur les particularités cliniques :

I. 47 cas de césarienne pour sténose pelvienne absolue.

II. 171 cas — — — relative.

Il convient de noter combien, depuis le milieu de l'année 1890, en raison de l'amélioration des résultats définitifs, les idées sur l'application de la césarienne se sont modifiées. A l'heure actuelle, on ne tient pas seulement compte

dans la détermination des indications du conjugué vrai ou du degré et de la variété de la sténose pelvienne, mais on prend aussi en considération toutes les autres particularités, au total de l'ensemble des conditions dans lesquelles doit s'accomplir l'accouchement (dimensions relatives de la tête fœtale et du bassin, durée de l'accouchement, intégrité de la poche des eaux, surtout état d'asepsie du cas, état général de la parturiente; cicatrices, rigidité du vagin, marche des accouchements antérieurs).

III. 3 cas de césarienne pour sténose pelvienne absolue par des tumeurs.
IV. 1 cas — — relative —
V. 6 cas — — des parties molles (1 fois stricture circulaire congénitale du vagin; 2 fois strictures vaginales cicatricielles après infection, 1 fois après opération de fistule, 2 fois sténoses cancéreuses de l'orifice du museau de tanche).

VI. 2 cas de césarienne pour sténose des parties molles et endométrite septique.
VII. 7 cas de césarienne pour éclampsie.
VIII. 5 cas — sur la femme morte.

Mode d'incision. — 144 fois incision longitudinale, 31 fois incision fondale, transversale à la Fritsch. L'indication spéciale à cette dernière incision fut 7 fois la distension pathologique du segment inférieur de l'utérus, 16 fois la stérilisation par l'excision tubaire pratiquée après la césarienne, 2 fois une forte antéversion de l'utérus, 3 fois des adhérences dans répétition de l'opération, enfin 3 fois l'incision transversale fut adoptée comme procédé de choix. Il ressort de l'examen des faits que *Schauta ne subordonne pas le mode de l'incision au siège probable du délivre.*

Hémorragie en rapport avec le mode de l'incision, aussi bien avant qu'après l'extraction de l'enfant. Une perte de sang notable fut observée plus rarement après l'incision fondale qu'après la longitudinale; elle fut le plus rarement observée après l'incision fondale sagittale. Schauta se montre partisan de l'incision haute et sagittale, à la Caruso.

Dans 27 cas, on procéda à la stérilisation comme opération complémentaire : 1 fois par l'extirpation abdominale totale, 7 fois par l'amputation supravaginale (ostéomalacie, suspicion d'infection), 18 fois par résection tubaire, extirpation tubaire et castration, la plupart du temps en combinaison avec l'incision fondale. *En tout, il ne fut pratiqué que* 15 *Porro, Schauta ne pratiquant jamais l'amputation de l'utérus comme opération césarienne proprement dite.* Les indications au Porro furent la suspicion soit d'une infection, soit d'une asepsie douteuse.

Remarques faites dans les 18 *césariennes itératives sous le rapport des cicatrices et des adhérences :* 1° avec les perfectionnements réalisés de la suture utérine, il n'y a plus lieu de redouter que la *cicatrice utérine* soit l'origine de rupture dans des accouchements ultérieurs. En ce qui concerne les *adhérences*, 12 fois adhérence entre l'utérus et la paroi abdominale anté-

rieure (15 césariennes à la Sänger, 3 incisions fondales transverses); 5 fois adhérences avec l'utérus, 10 fois adhérences avec le grand épiploon, l'utérus et la cicatrice abdominale, enfin des adhérences combinées. *On ne constata pas d'adhérences dans le cas d'incision fondale transversale.*

Résultats : 1° Mères

Suites opératoires et cicatrisation de la plaie

Femmes guéries : 161

Marche de la convalescence — Diagnostic	Cicatrisation de la plaie — Nombre de cas	Sans réaction	Suppuration de trajets de suture	Suppuration de la plaie abdominale ou abcès	
Cas apyrétiques : 109.					
Sans maladies	97	97	»	»	»
Thrombophlébite	2	2	»	»	»
Cicatrisation troublée de la plaie	5	»	5	»	»
Bronchite	5	4	»	»	1
Cas fébriles : 52.					
Fièvre : 1 jour — Bronchite	3	3	»	»	»
Fièvre : 1 jour — Psychose	1	1	»	»	»
Fièvre : 1 jour — Cause douteuse	11	11	»	»	»
Fièvre : 1 jour — Avec guérison troublée de la plaie	3	»	2	1	»
Bronchite	14	8	1	3	2
— et thrombophlébite	1	»	1	»	»
— et cystite	2	2	»	»	»
— et pneumonie lobulaire	4	3	»	1	»
Pneumonie croupale avec exsudation pleurétique.	1	1	»	»	»
Cystite	1	1	»	»	»
Ouverture de tumeur annexielle dans le rectum.	1	1	»	»	»
Pyrexie, 2 à 3 jours, cause indéterminée	6	6	»	»	»
Avec cicatrisation troublée de la plaie	4	»	1	3	»
Total	161	140	10	8	3

Dans l'examen critique de ce tableau, l'auteur s'occupe particulièrement des complications, relativement fréquentes, du côté de l'appareil respiratoire (bronchite, pneumonie lobulaire), notant l'influence fâcheuse que les secousses de toux peuvent avoir sur la guérison de la plaie abdominale; il marque aussi l'influence nocive qu'a pu avoir dans un cas sur la réunion *per primam* une asepsie douteuse. Il a, d'autre part, examiné les faits, dans le but de préciser l'importance réelle de la recommandation faite par Léopold et Haake *d'opérer autant que possible, la poche des eaux étant intacte*; or, il ne semble pas que l'existence ou l'absence de cette condition ait influé, d'une façon quelconque, ni sur la marche des suites de couches au point de vue de la fièvre, ni sur la guérison de la plaie.

Femmes mortes : 14.

	NUMÉRO	INDICATION à L'OPÉRATION CÉSARIENNE	MORTS *post-opérat.*	CAUSES DE LA MORT	ZONE OPÉRATOIRE	CÉSARIENNE A la Saenger (S.)	Avec stérilisation consécutive (St.)	Consécutive aux amputations supra-vaginales de l'utérus (à la Porro) P.
1	23	Éclampsie	31 heures	Eclampsie.	»	S.	»	»
2	116	Éclampsie.	43 —	Eclampsie.	»	—	»	P
3	17	Eclampsie.	le 13ᵉ jour	Tuberculose miliaire.	Sans réaction	S.	»	»
4	164	Sténose pelv. relative.	le 3ᵉ —	Ramollissement cérébral après embolie.	Sans réaction	S.	»	»
5	16	Stricture cancéreuse de l'orif. externe et endom. septique.	le 2ᵉ —	Septicémie et péritonite.	Septique.	»	»	P.
6	33	Sténose cicatricielle du vagin et endom. septique.	le 8ᵉ —	Septicémie.	Septique.	»	»	P.
7	44	Sténose pelv. absolue.	intra-opérat.	Durant la narcose.	»	S.	»	»
8	57	Sténose pelv. relative.	le 5ᵉ jour	Pneumonie lobulaire confluente.	Sans réaction	S.	»	»
9	37	Sténose pelv. absolue.	le 5ᵉ —	Torsion axiale de l'intestin adhérent et suturé.	»	S.	»	»
10	45	Sténose pelv. absolue.	le 21ᵉ —	Embolie de l'artère pulmonaire.	Suppuration circonscrite aux sutures utérines.	S.	»	»
11	60	Sténose pelv. relative.	le 6ᵉ —	Pyémie.	Suppuration des trajets de suture *in utero.*	S.	»	»
12	173	Sténose pelv. absolue par tum. maligne.	le 5ᵉ —	Péritonite suppurée.	Endomét. suppurée et métrite.	S.	»	»
13	28	Sténose pelv. absolue.	le 7ᵉ —	Hémorragie secondaire au niveau du ligament large ; péritonite circonscrite.	Endométrite.	»	St	»
14	118	Sténose pelv. absolue.	37 heures	Hémorragie secondaire au niveau du moignon de l'amputation.	»	»	»	P.

L'auteur a cherché à sérier dans ce tableau les cas de mort d'après l'influence causale, de plus en plus grande, que lui a paru prendre la section césarienne sur l'issue mortelle.

A son jugement, les 6 premiers ne sauraient être portés au passif de l'opération (éclampsie, tuberculose miliaire, embolie cérébrale indépendante de toute thrombophlébite, infections antérieures).

Au contraire, les 8 suivants (6 césariennes à la Sänger, 1 césarienne avec

stérilisation consécutive par la castration, 1 Porro) sont imputables à l'intervention.

Au total, *les résultats pour les mères* ont été : *guérisons*, 161, morts 14, et, en dernière analyse des faits, on obtient comme *mortalité* : *a*) *globale*, 8, p. 100 ; *b*) *réduite*, par élimination des 6 cas non imputab'es à l'opération, 4.7, ou, pour Schauta, qui n'éliminerait que 5 cas, 5,2.

Cette mortalité, si on envisage l'importance de la sténose pelvienne : *a*) absolue et *b*) relative, devient :

Sténose pelvienne absolue 47, morts 5 ; mortalité globale, 10,6 p. 100.

Sténose pelvienne relative 111, morts 3 ; mortalité globale, 2,7 p. 100, réduite 1,8 p. 100.

L'auteur établit ensuite la *mortalité pour les procédés opératoires avec conservation de l'utérus* (141 opérations à la Sänger et 18 césariennes avec stérilisation consécutive).

Cas de ce genre : 159, morts 10 ; mortalité globale, 6,3 p. 100, réduite 4,5 p. 100.

En ce qui concerne les cas d'opérations de Porro, ils présentent des dissemblances telles qu'ils n'ont pas paru justiciables d'une estimation de ce genre au point de vue de la mortalité.

Mortalité respective pour les deux décades.

Première décade : césariennes, 59 ; morts au *passif* de l'opération, 5 ; mortalité, 9 p. 100.

Deuxième décade : césariennes, 116 ; morts *au passif* de l'opération seulement, 3 ; mortalité, 2,6 p. 100.

Chiffres qui établissent nettement l'amélioration considérable obtenue, avec le temps, dans les résultats opératoires.

2° ENFANTS

Résultats opératoires *immédiats :*

Enfants nés bien vivants 145, en état d'asphyxie mais ranimés 20, morts 7.
— — non — 3.

D'autre part, un enfant né bien vivant mourut quelques heures après, avec les signes d'atélectasie pulmonaire (poids, 2.100 grammes ; longueur, 43 centimètres) ; un autre, né à terme d'une mère bronchitique, mourut le troisième jour de pneumonie ; enfin un troisième, prématuré, né d'une éclamptique, mourut le deuxième jour.

En ce qui concerne les *résultats éloignés*, on put savoir que des 161 enfants venus vivants à la suite de la césarienne, 50 étaient morts au cours des deux premières années, mais l'insuffisance des nouvelles n'a permis que d'enregistrer ce chiffre absolu, sans permettre d'établir un pourcentage exact de survivance. Neumann rappelle que Demelin attribue aux enfants venus par la césarienne une mortalité, durant la première année, supérieure à celle des enfants venus normalement : 40 p. 100, contre 18 p. 100. R. L.

Deux cas de césarienne pour myome et pour ostéomalacie (Zwei Falle von Kaiserschnitt bei Myome und Osteomalacie). A VALENTAA, *Gynœk. Rundschau.* 1907, Hft, 10; p. 401.

Dans les deux cas on pratiqua la césarienne en dépit de conditions multiples tout à fait défavorables (début du travail datant déjà depuis plusieurs jours, poche des eaux rompue, dans le premier cas, depuis 138 heures ; dans le second cas, depuis trente heures; plusieurs examens internes faits en ville; liquide amniotique fétide ou suspect, enfant mort et ulcérations gangréneuses vagino-vulvaires dans le second cas, etc.). Mais dans le premier cas, la femme déclara sa volonté expresse de mourir plutôt que de sacrifier son enfant; il s'agissait de *dystocie par myome enclavé dans l'excavation* ; on fit *la césarienne, que l'on fit suivre de la castraction bilatérale, les deux ovaires étant atteints de dégénérescence kystique ;* les suites opératoires furent heureuses. Mère et enfant, bien portants, quittèrent, trois semaines après, la Clinique. Dans le second cas, *bassin fortement ostéomalacique*, chez une femme qui était alitée depuis 6 mois; conjugué vrai, mesuré sur le cadavre, 3 cm. et demi; il *fallut* faire la césarienne, et un moment on put espérer, en raison de la bonne tenue du pouls et de la température, sauver la mère, quand, le quatrième jour, elle *mourut* subitement, avec les phénomènes de l'embolie. L'examen microscopique démontra, au niveau de l'artère pulmonaire, un énorme caillot qui s'étendait surtout vers la gauche. R. L.

De l'opération césarienne tardive. M. G. LEPAGE (*Bulletin médical*, 29 mai 1907).

Les résultats donnés par l'opération césarienne, pratiquée à la fin de la grossesse ou tout au début du travail, ont encouragé quelques accoucheurs à la pratiquer dans des cas où, si l'on a recours à la voie abdominale pour la terminaison de l'accouchement, l'ablation de l'utérus a paru jusqu'ici nécessaire pour assurer la guérison de la mère. C'est ainsi qu'en 1877, Témoin (de Bourges) fut appelé en pleine campagne pour terminer un accouchement qui durait depuis trois jours. Des applications de forceps avaient été faites. L'enfant était mort; devant l'angustie considérable du bassin chez une femme difforme, Témoin n'hésita pas, avec un matériel chirurgical très restreint, à extraire le fœtus par la voie abdominale. La femme guérit. Chez la même femme, il fut obligé, dans les mêmes conditions défavorables, de faire, en 1891, une seconde opération défavorable. L'enfant mourut le quatrième jour. La mère guérit.

Depuis cette époque, Boquel, professeur à l'École d'Angers, a publié quatre observations d'opérations césariennes, pratiquées dans des conditions qui auraient constitué, pour la plupart des accoucheurs, une contre-indication absolue. Dans sa thèse de Paris (1904), le docteur F. Guillet, élève de Boquel, a réuni ces observations, en y ajoutant une cinquième qui provient également de la pratique de Boquel.

Dans la première des observations, l'intervention fut pratiquée plus de

vingt-quatre heures après la rupture artificielle des membranes, « le délivre et le liquide sentaient fort mauvais ». Dans la seconde observation, la femme était en travail depuis quarante-huit heures, une application de forceps au détroit supérieur avait été faite vingt-quatre heures avant l'entrée de la malade dans le service, les membranes ayant été rompues au préalable. Sur la tête fœtale existait une bosse séro-sanguine volumineuse, qui faisait saillie dans le vagin.

La troisième malade était albuminurique, malgré le traitement suivi pendant la grossesse. La poche des eaux était rompue depuis 48 heures. Deux applications de forceps avaient été faites infructueusement après dilatation forcée manuelle. L'utérus était très rétracté, les urines contenaient du sang. Dans la quatrième observation, la poche des eaux s'était rompue vingt-quatre heures avant l'intervention. M. Boquel avait fait une tentative de version par manœuvres internes, et amené un pied à la vulve, sans pouvoir terminer la version.

Enfin, dans la cinquième observation, la dilatation était complète, une application de forceps avait été faite en ville. Le pouls était petit, la poche des eaux rompue depuis longtemps; le fœtus avait notablement souffert et ne fut, d'ailleurs, ranimé que vingt minutes après l'extraction.

Malgré ces conditions mauvaises, les cinq enfants survécurent et quatre des femmes sortirent vivantes du service. La première succomba, mais au bout de quinze jours, et par suite de brûlures accidentelles.

Au mois de septembre 1906, M. Lepage eut l'occasion d'assister M. Ribemont-Dessaignes, qui pratiqua une opération césarienne chez une primipare dont le bassin était touché et qui, en outre, avait une insertion vicieuse du placenta donnant lieu à des hémorragies; la dilatation se faisait mal, malgré des contractions énergiques assez fortes. M. Ribemont-Dessaignes pratiqua l'opération césarienne conservatrice. L'enfant vécut. Quant à la mère, elle guérit, non sans avoir présenté cependant des complications phlébitiques et des accidents mentaux dont elle est guérie. M. Lepage eut l'occasion de pratiquer l'opération césarienne tardive, le 3 octobre 1906, à la Clinique Baudelocque. Voici le résumé de cette observation et de deux autres qui lui sont postérieures.

I. Opération césarienne pratiquée chez une primipare en travail depuis plus de trente-six heures et présentant une dilatation de plus de 5 francs. Suites de couches à peu près normales, sauf accidents fébriles dus à une phlébite de la jambe droite.

II. Opération césarienne pratiquée chez une femme ayant un bassin oblique ovalaire, en travail depuis quelques heures seulement, mais ayant eu une rupture des membranes quatre heures environ avant l'intervention.

III. Opération césarienne pratiquée chez une secondipare en travail depuis plus de quarante-huit heures, et dont l'enfant souffrait et avait rendu du méconium en quantité assez considérable, pour infiltrer, non seulement les membranes, mais pour teinter en vert la paroi utérine. Les suites de couches ont été absolument apyrétiques.

De ces observations, quelles conclusions faut-il en tirer ? C'est que l'opération césarienne peut être pratiquée chez des femmes qui sont en travail depuis un certain temps et dont les membranes sont rompues.

Sans doute, on peut objecter que, pour les deux premières malades, les suites opératoires ont été incidentées. Pour la première, il y a eu de la fièvre, apparition d'une phlébite ; mais ce sont là des incidents qui peuvent survenir même après un accouchement spontané, à plus forte raison à la suite d'une intervention. C'est surtout la troisième observation qui est encourageante au point de vue de l'extension que l'on peut donner à l'opération césarienne.

Cette tendance à étendre les indications de l'opération césarienne s'accentue parmi les accoucheurs français ; c'est ainsi que J. Potocki a publié (*Bull. de la Société d'obst., de gyn. et de pédiatrie*, juin 1906) une observation d'opération césarienne faite par lui, à la Maternité, chez une femme en travail depuis plus de quarante-huit heures et dont l'utérus menaçait de se rompre. Plus récemment (communication orale), il a fait également avec succès, dans deux cas (l'un à la Maternité de Saint-Louis, l'autre à la clinique Baudelocque), l'opération césarienne conservatrice chez deux femmes qui étaient depuis longtemps en travail. De même, M. Pinard a fait pratiquer récemment avec succès, à la clinique Baudelocque, la césarienne conservatrice chez une femme en travail depuis quatre jours, touchée par plusieurs personnes et ayant une rupture des membranes depuis trente-six heures.

Toutefois, l'opération césarienne tardive, à l'heure actuelle du moins, ne peut être pratiquée qu'avec certaines restrictions. Tout d'abord, il est presque nécessaire qu'aucune intervention préalable (tentative de forceps ou de version) n'ait été pratiquée. S'il y a eu intervention, il faut avoir la *certitude* que cette intervention a été faite avec une antisepsie rigoureuse et qu'elle n'a été préjudiciable ni à la mère ni au fœtus. De plus, lorsqu'en ouvrant la cavité utérine, on s'aperçoit que le fœtus a rendu du méconium, il ne faut conserver l'utérus qu'à la condition que le liquide amniotique et le placenta ne dégagent pas d'odeur, signe d'un commencement d'infection. Enfin, on s'abstiendra de recourir à l'opération césarienne conservatrice lorsqu'il y a des signes généraux (hyperthermie, accélération du pouls, frissonnement, fétidité des liquides) indiquant qu'il y a infection de l'œuf et peut-être infection utérine.

(*A suivre.*)

II. — VARIA

De l'épithélium plat multistratifié de la muqueuse de l'utérus de caractère bénin et malin (Ueber mehrschichtiges Plattenepikel der Schleimhautoberflache des Uterus benignen und malignen Characters). A. Sitzenfrey, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft. 3, p. 385.

On sait que des processus, même physiologiques (menstruation, grossesse), impriment de notables modifications morphologiques à l'épithélium utérin, modifications qui ont fait l'objet de nombreuses et intéressantes études. On sait aussi que des processus pathologiques peuvent également

provoquer des déviations plus ou moins atypiques de cet épithélium ; enfin, on connaît les recherches intéressantes de Werther sur le mode de régénération de la muqueuse utérine, etc. (1). L'auteur, après avoir rappelé succinctement la plupart de ces travaux sur les transformations de l'épithélium utérin, et plus particulièrement sur sa transformation, plus ou moins étendue, en un épithélium pavimenteux multistratifié, continue ainsi : « Qu'il me soit permis d'ajouter qu'il n'existe que quelques communications sur les cas de multistratification de bonne nature de l'épithélium du corps de l'utérus, etc. Notre clinique (*Frauenklinik de Prague*, professeur v. Franqué), dans laquelle il est fait au moins 150 curettages par an, possède un petit nombre de préparations de muqueuse obtenues par abrasion, qui, l'une ou l'autre, présentent des points « suspects ». Il s'agit en général de multistratification de l'épithélium. D'ordinaire, rien, dans ces préparations, n'éveille l'idée soit d'une tuberculose, soit d'une grossesse antérieure ; par contre, il n'est pas possible d'écarter systématiquement toute possibilité d'une gonorrhée chronique. En semblables cas, on se borne à l'expectation, mais en tenant toujours la femme en observation A la vérité, il n'arriva jamais de constater le développement d'un néoplasme malin. Toutefois, cela ne suffit pas à prouver, indiscutablement, que la « modification histologique suspecte » ne pouvait pas être de mauvaise nature, car on sait bien — éventualité d'ailleurs exceptionnelle — qu'une abrasion simple mais énergique de la muqueuse utérine peut enlever si complètement des bourgeonnements cancéreux non douteux, que l'examen microscopique le plus minutieux de l'utérus enlevé ultérieurement reste impuissant à mettre en évidence un vestige du tissu cancéreux. »

« Je désire, continue Sitzenfrey, étudier de plus près deux cas observés au cours de plusieurs années, dans lesquels les préparations de fragments de muqueuse obtenus par curettage montrent une *multistratification de l'épithélium du corps de l'utérus ;* de plus, il est des points de ces préparations au niveau desquels *l'épithélium superficiel du corps de l'utérus a de grandes ressemblances avec l'épithélium plat stratifié.*

Obs. I. — 36 ans, marié depuis 12 ans, 3 accouchements spontanés, sans aucune assistance, le dernier 3 ans et demi avant l'entrée à l'hôpital. Pas de fausse-couche. Depuis plusieurs mois, la femme s'est aperçue qu'elle avait une tumeur dans le ventre (au début pas de douleurs; plus tard, crises douloureuses, écoulement génital au début fétide, avec expulsion de fragments jaunâtres, gros comme des pois, constipation, dysurie, etc.). *Examen* le 22 mai 1902 : dans la région hypogastrique, une *tumeur*, indolente à la pression, médiane, à paroi lisse, peu mobile, dont la face supérieure dépasse la symphyse de 4 centimètres. Organes génitaux externes d'une multipare, souillés d'une sécrétion hémo-purulente. Vieille déchirure vagino-périnéale, marquée de cicatrices. Colpocèle postérieure. Vagin long, large, flasque avec sécrétion hémo-purulente. Portion vaginale dirigée vers le sacrum, volumineuse, cylindrique, modérément dure. Orifice externe déchiré des deux côtés. Ectropion fungiforme de la lèvre antérieure du col. Orifice externe et portion inférieure de la cavité cervicale perméable à un doigt. De l'orifice externe sort une membrane déchiquetée, rose pâle, adhérente qu'on enlève pour examen microscopique. Antéflexion utérine. Le corps de l'utérus grossi, du volume du poing d'un adulte, de consistance dure, mobile, constitue la tumeur précédemment notée. Dans la portion inférieure du paramétrium gauche, cordons cicatriciels percevables. Urines non albumineuses. *L'examen histologique* de la membrane enlevée = *tissu de fibromyome*

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, juillet 1895, p. 66.

nécrosé. Dilatation de l'utérus, curettage, etc. L'examen histologique des éléments tissulaires abrasés montre : 1° que les fragments de fibromyome en voie de nécrose dominent ; 2° que *l'épithélium superficiel et glandulaire des fragments de muqueuse est par endroits pluri et multistratifié* (en certains points, cet épithélium offrant plutôt le caractère de la cellule cylindrique, en d'autres celui de l'élément pavimenteux). Cautérisation intra-utérine au chlorure de zinc le 13 juin 1902. *Exeat* le 14 juin. Or le 20 décembre 1906, soit 4 ans et demi après le curettage, une note adressée par le médecin de famille établit que, depuis le curettage, la femme est restée complètement guérie, nouvelle qui est directement confirmée le 1er janvier 1907.

« Il ressort de cette observation, écrit l'auteur, que les modifications épithéliales de la muqueuse du corps furent produites par l'état de phlegmasie chronique de l'endométrium, associée à l'expulsion spontanée, soit d'un, soit de plusieurs myomes sous-muqueux. Bien que l'épithélium de revêtement multistratifié envoyât en certains points des prolongements courts, côniformes dans la tunique propre, et qu'au début nous eussions, à cause de cela, craint la nature cancéreuse de ce processus épithélial, nous devons bien maintenant, en considération de l'évolution observée, reconnaître que *ces transformations épithéliales sont de bonne nature*.

Obs. II. — 28 ans, dont la mère était morte de tuberculose, 1er accouchement le 22 février 1900, sans assistance. Le 3e jour, fièvre, fortes douleurs hypogastriques, en raison de quoi, *première admission à l'hôpital*. *Exeat* le 4 avril. A ce moment, il y avait *à droite de l'utérus, dur, augmenté de volume une masse dure, peu sensible à la pression, se prolongeant jusqu'à la paroi pelvienne. Deuxième admission à la clinique*, le 21 novembre 1904. La femme était restée tout à fait bien portante, jusqu'à son second accouchement, à domicile, en avril 1904, qui nécessita *le décollement manuel du délivre*. Consécutivement à cet accouchement, *ménorrhagies abondantes*, douleurs sacrées, dernières règles du 2 au 9 novembre très abondantes et quelque peu douloureuses. Urines normales. A ce moment, on constata des signes de tuberculose pulmonaire. Le 27 novembre, *curettage* qui fournit des fragments importants de muqueuse, sur lesquels *l'examen histologique mit en évidence l'aspect d'une endométrite diffuse* : d'autre part, en plusieurs points, il y avait *multistratification aussi bien de l'épithélium superficiel que de l'épithélium glandulaire*.

A cause des constatations pulmonaires qui avaient éveillé la suspicion de la tuberculose, on rechercha soigneusement, mais sans succès, le bacille tuberculeux.

Le 7 décembre, *cautérisation intra-utérine au chlorure de zinc; exeat* le 20 décembre. Résultats de l'examen à ce moment : corps de l'utérus en antéflexion, de volume normal, mobile, indolore à la pression. Pas de tuméfaction dans la zone salpingo-ovarienne.

Troisième admission à l'hôpital, le 16 septembre 1905. Depuis quelques mois, menstruations excessives. *Etat* établi par le professeur Franqué : portion vaginale du col de l'utérus dirigée vers le sacrum, courte déchirure bilatérale cicatrisée. Utérus hypertrophié, antéfléchi, mobile. Annexes droites très sensibles. Annexes gauches à peu près normales, la trompe peut-être un peu épaissie, un peu douloureuse.

Le 21 octobre 1905, *dilatation et curettage*. L'examen histologique des fragments de muqueuse démontre que *les altérations épithéliales sont moins accusées qu'auparavant et qu'elles intéressent seulement l'épithélium de revêtement*. Aucune modification de l'épithélium, glandulaire. *Exeat* le 29 octobre 1905.

Quatrième admission, le 8 novembre 1906. Après 4 mois d'amélioration, les ménorrhagies s'étaient reproduites, s'accompagnant de douleurs hypogastriques et sacrées. D'autre part, depuis 6 mois la malade tousse (expectoration jaune verdâtre, sueurs nocturnes).

État gynécologique. — Utérus a peu augmenté de volume, son fond dévié un peu à droite de la ligne médiane, douloureux au mouvement. Les deux ovaires, les ligaments sacro-utérins sensibles à la pression, surtout à droite. Le 22 novembre 1906, menstruation qui se complique d'une hémorragie si forte que le tamponnement est nécessaire. Traitement approprié. Le 28 novembre 1906, dilatation et curettage, qui est suivi d'une hémorragie telle qu'il fallut tamponner l'utérus. Le 7 décembre, *cautérisation intra-utérine au chlorure de zinc*.

(L'hémorragie étant arrêtée, comme il ne restait plus que des accidents plutôt en rapport avec la tuberculose, phénomènes pulmonaires et diarrhée, la femme fut transférée dans un service de médecine.) *L'examen histologique* des fragments de muqueuse fournis par *le troisième curettage* ne montra que *quelques points au niveau desquels il y avait multistratification de l'épithélium superficiel et glandulaire*. Dans l'ensemble, l'aspect histolo-



gique était celui d'une endométrite diffuse ***avec participation prédominante du stroma connectif.***

A cause de l'évolution générale du processus, par la raison aussi qu'en dépit de recherches minutieuses on put écarter toute idée de métrite tuberculeuse ou gonorrhéique, enfin par la constatation, à l'occasion des curettages successifs, que les déviations épithéliales, au lieu de s'accentuer, allèrent plutôt en diminuant, l'auteur conclut qu'il n'y a eu dans ce cas que les conditions étiologiques, habituelles de l'endométrite corporéale chez les pluripares, et qu'en tout cas les *modifications épithéliales observées sont de nature bénigne.*

Sitzenfrey cite ensuite un cas particulièrement intéressant observé chez une vieille fille, 50 ans, sur l'utérus de laquelle on put constater : *a*) une transformation presque totale de l'épithélium du corps de l'utérus en épithélium pavimenteux stratifié ; *b*) d'autre part, *sauf sur quelques points*, cet épithélium pavimenteux stratifié avait plutôt les caractères d'une métaplasie bénigne ; *c*) sur les quelques points réservés, cet épithélium superficiel était le siège de formations cancéreuses restreintes ; *d*) enfin, indépendantes de ces formations cancéreuses épithéliales, il y avait d'autres formations adéno-carcinomateuses, ayant leur origine dans les fonds glandulaires avoisinant la musculeuse utérine et aussi dans les zones de la muqueuse corporéale pourvue d'un épithélium plat de bonne nature. Aucune néoplasie en forme de tumeur, du fait des formations cancéreuses à éléments pavimenteux ou cylindriques. De l'analyse critique de cette observation, il paraît ressortir que les métaplasies constatées furent la conséquence de l'évolution d'un *polype fibreux putréfié*, qui se compliqua de *pyométrie*. Peut-être y eut-il d'abord déviation métaplasique à caractères bénins (par exemple, modifications de l'épithélium corporéal, par le seul fait du changement des conditions anatomiques et locales sous l'influence de la ménopause, etc.), puis, intervention du facteur nocif imprimant l'orientation vers la dégénérescence cancéreuse, etc. Quoi qu'il en soit, *l'épithélium pavimenteux stratifié témoigne d'une grande tendance vers la dégénérescence maligne, ainsi que le prouveraient les formations cancéreuses à épithélium pavimenteux qui en dérivent fréquemment. Aussi, sous le rapport de la thérapie, convient-il d'assimiler les formations épithéliales pavimenteuses, effets de processus métaplasiques, effectuées au niveau de l'épithélium utérin corporéal, au carcinome, ou tout au moins de s'assurer par des excisions exploratrices itératives que l'épithélium pavimenteux conserve ses caractères de bénignité.*

La dernière observation de cette monographie concerne un exemple *d'épithélium pavimenteux multistratifié malin*, avec grande tendance à la cornification de la muqueuse superficielle de la cavité cervicale du corps de l'utérus, comme extension superficielle d'un cancer à épithélium pavimenteux, gros comme un petit œuf de pigeon, de la lèvre postérieure du museau de tanche.

R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.



DES LÉSIONS SUPPURATIVES DÉVELOPPÉES DANS LES MEMBRANES DE L'ŒUF [1]

Par M. A. FRUHINSHOLZ, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

J'ai eu l'occasion le 30 mars dernier, alors que je suppléais mon Maître le professeur A. Herrgott à la clinique obstétricale de Nancy, d'observer un cas *d'avortement*, après lequel j'ai pu déceler *l'existence d'une nappe purulente à contenu microbien, nettement caractérisée, dissimulée sous la caduque, entre celle-ci et le chorion.* Je vous livre ce cas en le rapprochant d'autres analogues, dont le dénombrement m'a été facile par suite de leur grande rareté dans la littérature obstétricale :

Obs. I (Personnelle). — X .., 29 ans, célibataire. IIpare.

A été réglée à 18 ans, toujours régulièrement. N'accuse aucune maladie antérieure.

Elle est devenue enceinte pour la première fois à l'âge de 24 ans ; elle a mené sa grossesse à terme et est accouchée spontanément d'un enfant vivant. Elle a nourri pendant quelques jours, puis a placé son enfant en nourrice ; il vit encore actuellement.

Depuis sa première grossesse elle est restée bien portante ; ses règles sont revenues régulièrement tous les mois, mais ont été douloureuses ; elle n'a pas perdu en blanc d'une façon spéciale.

Grossesse actuelle. — Elle serait devenue enceinte vers le 10 octobre 1906 ; ne peut préciser la date de ses dernières règles. Elle aurait eu à deux reprises, en novembre et en décembre, un écoulement sanguin très bénin n'ayant duré qu'un jour. Elle a souffert au début de sa grossesse de douleurs abdominales. En janvier 1907, nouvel écoulement sanglant. Enfin depuis le début de mars cette femme perd du sang presque continuellement, à la suite, dit-elle, d'une chute qu'elle aurait faite dans des escaliers. Pendant une quinzaine de jours tout d'abord l'écoulement aurait été franchement sanguin, puis serait devenu hydrorrhéique par intermittence. La malade entre à la maternité le 29 mars à 11 heures du soir, parce que depuis quelques jours elle perd plus abondamment ; des caillots sont apparus ; elle a des douleurs de travail.

État actuel. — L'utérus est à l'ombilic. L'auscultation est négative. On trouve au toucher que le col est entr'ouvert et que les membranes sont intactes. Dans le courant de la nuit, rupture de la poche des eaux.

(1) Communication faite à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, séance de juillet 1907.

Le 30 mars au matin, le col s'entr'ouvre et livre passage à un pied. A 11 heures du matin, expulsion d'un fœtus fraîchement macéré, du poids de 720 grammes. Dix minutes après, délivrance normale et spontanée d'un placenta de 350 grammes.

Le lendemain de l'avortement, la température monte une fois à 38°,8 pour revenir ensuite à la normale. Sortie le neuvième jour. Le pouls, qui a oscillé entre 100 et 108 dans les trois premiers jours, reprend ensuite son rythme habituel.

En examinant l'arrière-faix, je constate que le placenta paraît normal, étalé, aminci au niveau de ses bords, plutôt pâle. La caduque ovulaire par contre est épaisse, blanchâtre, présentant en certains points des îlots de dégénérescence cellulaire et en d'autres de petites hémorragies. En la dissociant du chorion je constate, dans une zone limitée de la dimension d'une petite paume de main, l'existence d'une nappe de pus phlegmoneux, jaune, bien lié, épais, représentant environ la valeur d'une cuillerée à soupe : c'est un pus qui ressemble à s'y méprendre à celui d'un abcès chaud et non pas un liquide simplement louche « puriforme », comme on en observe parfois dans des œufs macérés.

D'ailleurs des échantillons de ce pus, recueillis et fixés sur lamelles, ont été examinés par le docteur Georges Thiry, chef du laboratoire de bactériologie des cliniques, qui a pu vérifier histologiquement qu'il s'agissait de pus véritable, dans lequel se trouvait une notable proportion de fibrine, et, d'autre part, mettre en évidence un nombre considérable de diplocoques encapsulés, qui présentaient les caractères de morphologie et de coloration du pneumocoque.

Je me garderai bien d'étiqueter ce cas d'une manière précise et j'ai reculé devant la dénomination d'*Endométrite purulente déciduale* qui avait de quoi séduire, parce que rare. Trop de documents me manquent: l'interrogatoire de cette femme, rendu laborieux par suite de sa mentalité rudimentaire, ne m'a donné que des renseignements vagues sur son passé pathologique ; je n'ai pu la suivre après sa sortie de la clinique ; si l'examen histo-bactériologique du pus a été fait, l'examen anatomo-pathologique de la caduque, par contre, me fait défaut.

Je suis autorisé cependant à émettre brièvement à propos de ce fait un certain nombre d'hypothèses. Il est possible qu'il y ait eu infection de la cavité utérine antérieure à la greffe de l'œuf, qu'il y ait eu d'abord un état de microbisme latent, qui, secondairement, à l'occasion d'un léger décollement de l'œuf par exemple, se sera réveillé et révélé par une collection de pus ; ou bien on peut imaginer une infection ascendante à point de départ vaginal, se faisant avant l'accolement des deux caduques et aboutissant à leur suppuration : c'est théoriquement possible, de même que des manœuvres abortives inavouées auraient

été susceptibles d'aboutir à la contamination de l'œuf. Mais contre ces trois hypothèses s'élève jusqu'à un certain point la nature insolite du microbe rencontré, le pneumocoque ; cependant il ne me paraît pas inutile à ce propos de rappeler que mon maître le professeur A. Herrgott (1) et mon collègue le docteur Schuhl (2) ont relaté des cas non moins anormaux d'infection utérine post-partum, à pneumocoque. Enfin je puis me demander s'il n'y aurait pas dans cette observation une localisation métastatique rare, survenue par voie sanguine et dérivant d'une contamination lointaine, grippale par exemple. Quelle que soit l'hypothèse à laquelle on s'arrête, il semble bien que la présence du pus dans la caduque ait été la cause *immédiate* de l'avortement. Je ne crois pas, étant donnée la longueur du travail qui n'a rien présenté d'anormal, qu'il puisse être question d'une infection ascendante s'étant faite au cours même de l'expulsion de l'œuf.

Je borne là cette série de points d'interrogation et je me contenterai de résumer les cas analogues dont j'ai retrouvé mention. Ils sont peu nombreux et peuvent se sérier sous les deux rubriques suivantes :

I. — *Observations qui*, comme la nôtre, *témoignent de la présence de* PUS COLLECTÉ *dans les parois de l'œuf.*

II. — *Observations qui témoignent de la présence dans la caduque de* LÉSIONS INFLAMMATOIRES HISTOLOGIQUES *en coïncidence avec des éléments microbiens.*

I. — Observations témoignant de la présence de pus collecté dans les parois de l'œuf. — Elles sont au nombre de trois.

OBS. II (Résumée). — DONAT (*Arch. f. Gynäk.*, 1884, Bd. XXIV, H. 3, p. 481). *Ecoulement ancien. — Grossesse. — Endométrite gravidique purulente. — Accouchement prématuré. — Suites de couches normales.*

XIIpare. A eu onze enfants à terme.

Dernières règles fin décembre 1883. Rupture prématurée de la poche des eaux le 24 mai. Accouchement le 28 mai d'un enfant de 1.850 grammes en présentation du sommet. Un peu avant l'expulsion de la tête, on remarque que le liquide amniotique est coloré en jaune verdâtre et qu'il contient des globules de pus. Suites de couches favorables.

Sur la face utérine du placenta, enduit mince de couleur jaune. A la surface

(1) A. HERRGOTT, *Soc. de Méd. de Nancy*, 26 mai 1897.
(2) SCHUHL, *ibid.*

des membranes fœtales il ne reste plus de caduque. Amnios et chorion épaissis sont adhérents entre eux. A la séparation on trouve entre ces deux membranes un liquide purulent. Au microscope on constate une infiltration purulente de la caduque sérotine allant jusqu'aux villosités. On ne put déceler d'éléments microbiens.

Obs. III (Résumée). — W. Albert (*Arch. f. Gynäk.*, 1901, Bd. LXIII, H. 3, p. 487, obs. 1). *Femme morte non accouchée. — Eclampsie. — Rupture prématurée des membranes. — Sur l'œuf en place, constatation d'une nappe purulente dans l'épaisseur de la caduque. — Examen bactériologique.*

Ipare, 27 ans. Enceinte de 7 mois. Rupture prématurée de la poche des eaux le 31 mars après midi. Quelques petites douleurs dans les jours suivants. Le 2 avril, dilatation comme 2 francs. Le soir violent frisson. T. 39°,5 ; liquide légèrement odorant. Le 3 au matin, chute de la température, mais le pouls est rapide, l'état général est déprimé ; violentes douleurs de tête. Le soir, nouveau frisson. T. 39°,5. Douleurs abdominales très vives. Dans la nuit du 3 au 4 apparition de petits mouvements convulsifs, qui dégénèrent rapidement en accès typiques d'éclampsie. La malade succombe non accouchée le 4, à 11 heures du matin.

A l'autopsie, entre autres particularités, on trouve dans l'utérus un fœtus de sept mois environ, présentant le sommet ; le col est ouvert comme cinq francs. Le placenta est inséré à droite et en arrière, encore très adhérent à la paroi. Au niveau de son bord supérieur *les membranes sont séparées de la paroi utérine sur l'étendue d'une paume de main* environ : cette dissociation est due à l'existence d'une *nappe de pus crémeux jaune verdâtre d'une épaisseur de 2 centimètres environ.* Au niveau du soulèvement les membranes sont louches ; elles sont légèrement rougies sur les bords. A un examen minutieux on observe que le pus n'est pas limité à l'interstice séparant l'utérus des membranes, mais qu'il fuse jusque dans l'épaisseur même de celle-ci. La zone purulente gagne le placenta sur une longueur de 2 centimètres et dissocie à ce niveau l'amnios de la face fœtale du placenta. Le tissu placentaire est lui-même en ce point infiltré de pus. Il est dans son ensemble congestionné et présente plusieurs infarctus blancs variant de la grosseur d'un pois à celle d'une cerise. La musculature utérine est œdémateuse, congestionnée à la section.

Examen microscopique. — Au niveau du fond de l'utérus, à l'endroit de la collection purulente, *les membranes sont séparées de la caduque par du pus* ; les glandes déciduales n'existent plus qu'à l'état de vestiges. *Dans le pus on décèle de gros diplocoques* disséminés, colorés en bleu après la réaction de Gram. On poursuit un amas de globules de pus qui pénètrent profondément dans la musculature utérine à travers les fentes lymphatiques.

Au niveau de l'insertion placentaire les villosités sont normales ; les espaces intervilleux sont en bien des endroits remplis de pus tout contre la caduque ; le pus fuse, à travers la caduque, jusque dans les couches les plus externes de la musculature et montre partout de nombreux streptocoques. En un point se

rencontrent des amas de bâtonnets, graciles, légèrement incurvés, décolorés au Gram et rappelant le *Proteus vulgaris*.

Les membranes sont recouvertes d'un enduit purulent; on y décèle surtout de ces bacilles analogues au *Proteus*; les streptocoques sont là moins nombreux.

Il n'y a pas eu de cultures faites.

OBS. IV (Résumée). — M. WALTHARD (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XLVII, p. 241, obs. 3).

F..., 35 ans, IIIpare. Est accouchée 3 fois normalement. N'est plus devenue enceinte depuis six ans. Serait actuellement enceinte de 7 semaines et est envoyée à la clinique pour qu'on provoque chez elle l'avortement, en raison de l'existence d'une affection pulmonaire chronique. N'a jamais subi d'examen gynécologique.

Les muqueuses vaginales et vulvaires sont un peu plus rouges que normalement. Les glandes de Bartholin donnent une sécrétion exempte de leucocytes; de même l'urèthre. Sécrétion vaginale de réaction acide, peu épaisse, contenant des cellules épithéliales et des leucocytes en grand nombre ainsi que des cocci, colorés par le Gram. Col sans érosion, présentant un petit polype muqueux. Sécrétion cervicale un peu exagérée présentant de nombreux leucocytes avec des cocci accouplés colorés par le Gram. Utérus gravide jeune, normal. Annexes normales.

Lorsqu'on provoque l'avortement, après excision préalable du polype cervical, on constate que la laminaire utilisée, qui est aseptique et perforée suivant son axe, après avoir pénétré dans le col d'une longueur de 4 centimètres et avoir franchi le ressaut de l'orifice interne, *livre brusquement passage à un flot de pus crémeux qu'on recueille aseptiquement*. On laisse la dilatation se faire et 12 heures après on procède à l'évacuation de l'œuf, qu'on immerge immédiatement dans l'alcool.

Le pus examiné et soumis à toutes les réactions de coloration et de culture par l'Institut bactériologique de Berne dénote la présence de streptocoques, de staphylocoques blancs et de para-colibacilles.

Examen anatomo-pathologique. — Le polype enlevé est composé d'une masse de nombreuses glandes revêtues de la muqueuse cervicale. L'épithélium manque en certains points. Il y a une infiltration leucocytaire des couches les plus superficielles. On n'y décèle aucun élément microbien.

Des coupes à travers la caduque montrent partout une infiltration microcellulaire; cette infiltration est très forte en quelques points et comprend surtout des leucocytes polynucléaires. Dans ces régions les cellules déciduales sont plus petites, leurs noyaux moins colorés. Presque partout cette infiltration inflammatoire se combine avec des petites hémorragies périphériques. L'examen est négatif au point de vue microbien.

Beaucoup de villosités sont œdématiées et présentent une dégénérescence muqueuse débutante. Pas de bactéries décelables.



Cette observation laisse place au doute en ce qui concerne la présence de pus entre les membranes de l'œuf; néanmoins elle nous montre des lésions suppuratives histologiques de la caduque et elle établit la transition en quelque sorte avec les observations suivantes que nous ne ferons que résumer très brièvement, car le type s'en éloigne de celui de notre cas, et où on trouve dans l'épaisseur de la caduque, sinon du pus franchement collecté, du moins des altérations inflammatoires microscopiques, susceptibles d'y aboutir et coïncidant avec la présence d'éléments microbiens. Tantôt et le plus souvent ces lésions ont mené à l'avortement pur et simple ou à l'accouchement prématuré. Tantôt elles ont paru développer des symptômes généraux fébriles, qui, coïncidence ou non, se sont subitement évanouis tandis que l'œuf s'expulsait.

II. — **Observations qui témoignent de la présence dans la caduque de lésions inflammatoires en coïncidence avec des éléments microbiens.** — Résumées brièvement (1).

OBS. V. — EMANUEL et WITKOWSKY (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895 et 1897, t. XXXI, XXXII et XXXVI).

F..., 27 ans, IIIpare. Depuis son dernier accouchement il y a 3 ans, douleurs dans le ventre et leucorrhée abondante.

Le 17 juin 1892, fait un avortement de 3 mois; *la caduque est épaissie* et présente à sa surface des foyers blanchâtres, ceux-ci constitués par une *infiltration microcellulaire compacte.* Ces foyers contiennent des *diplocoques intra-cellulaires* rappelant morphologiquement le gonocoque, mais tenant le Gram.

OBS. VI (*Ibid.*, t. XXXI, XXXII et XXXVI). — F..., 25 ans, IIIpare. Sujette à un écoulement blanchâtre. *En mars* 1894, *avorte à 4 mois* d'une môle hydatiforme. *La caduque est épaisse* et présente à sa surface des foyers proéminents de coloration jaune. Au microscope *infiltration microcellulaire diffuse.* Par la méthode de Gram-Weigert on trouve dans les foyers d'infiltration de *nombreux diplocoques intra-cellulaires.*

En 1895 *nouvel avortement à 4 mois.* Mêmes lésions que précédemment, macroscopiques et microscopiques, sauf qu'on trouve cette fois des bâtonnets parmi les foyers de dégénérescence.

En 1897 *nouvel avortement à 4 mois.* Mêmes lésions déciduales avec diplocoques intra et extra-cellulaires tenant le Gram. Des lambeaux de muqueuse utérine prélevés 2 mois après l'avortement par curettage dénotent des lésions

(1) Cf., pour le détail de la plupart de ces observations, FRUHINSHOLZ, Thèse Nancy, 1902.

d'endométrite chronique, mais on n'y trouve plus de microbes, ni à l'examen direct ni par culture.

OBS. VII. — FABRE (*Ann. Soc. Obst. de France*, 1899, p. 134).

F..., 27 ans, IVpare. Deux avortements antérieurs et un accouchement prématuré avec enfant mort à la suite d'accidents albuminuriques. Au cours d'une nouvelle grossesse, présente de l'hydrorrhée au troisième mois, de l'albuminurie au huitième, à la suite de laquelle le fœtus succombe. Il est expulsé macéré 10 jours après. Le placenta montre sa face maternelle jaune grisâtre, sa *caduque épaisse* avec des lésions *d'infiltration cellulaire*. En colorant les coupes on trouve dans les globules blancs, quelquefois en dehors d'eux, des *diplocoques* ténus se décolorant par le Gram.

OBS. VIII. — MASLOWSKY (*Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, t. IV, H. 3, p. 212).

F..., 22 ans, Ipare. Paraît être devenue blennorrhagique vers le quatrième mois de sa grossesse au contact de son mari porteur d'un écoulement ancien. Au début du neuvième mois, hémorragie par décollement placentaire déterminant l'accouchement prématuré d'un enfant de 2.900 grammes. L'enfant a de la conjonctivite. La température de la mère monte à 38°,8 dans les trois premiers jours du post-partum ; on constate la présence de gonocoques dans la cavité utérine. L'examen microscopique des membranes et du placenta montra une *infiltration du tissu de la caduque par des cellules rondes mononucléées et par des leucocytes polynucléés*. Les cellules déciduales présentent des signes de dégénérescence. On trouve dans la caduque vraie des *diplocoques intracellulaires* offrant les caractères de coloration, de disposition et d'aspect des gonocoques.

OBS. IX — W. ALBERT (*loc. cit.* Obs. n° 2).

Ipare de 24 ans. Souffre depuis 15 jours de lassitude générale. Vomit depuis 3 jours et a eu des frissons. Étant enceinte de 8 mois, perd les eaux; écoulement d'un liquide trouble ; accouchement spontané d'un enfant mort. Cette femme n'a été touchée qu'une fois, 4 heures environ avant l'expulsion fœtale. La température est à 39°,7 et le pouls à 112 au moment de l'accouchement. La fièvre reste stationnaire, le pouls s'élève, le ventre est très douloureux et la mort survient dans les 48 heures, à la suite de septicémie suraiguë.

L'autopsie révèle entre autres lésions l'existence d'une péritonite purulente diffuse et d'abcès dans les parois de l'utérus. *La caduque placentaire est épaissie, infiltrée* en certains points *de leucocytes* et présentant en ces points de *nombreux microcoques* pénétrant jusque dans la profondeur des espaces intervilleux. Les villosités paraissent normales et ne renferment pas de microbes.



Obs. X. — Walthard (*loc. cit.* Obs. n° 4).

F..., VIpare, 28 ans. Enceinte d'environ 3 mois et demi. Brusquement, sans qu'il y ait eu examen vaginal préalable, T. 39°,2, P. 130. Frissons. Écoulement sanguin. On prélève, avec toutes les précautions d'asepsie exigibles, du sang qui s'écoule de la cavité utérine. L'examen pratiqué à l'Institut bactériologique de Berne dénote, tant sur lamelles qu'en culture, l'existence de diplo-streptocoques. On tamponne le vagin. Quarante-huit heures après, expulsion fœtale. On extrait le placenta retenu, à la pince, après avoir appliqué des valves vaginales, abaissé le col et réalisé une asepsie aussi complète que possible. Le placenta cueilli avec une pince stérile est immédiatement inséré dans un tube de verre stérilisé. La température, qui a oscillé entre 39°,3 et 38°,6, tombe dès l'extraction complète de l'œuf.

L'examen bactériologique (lamelles et cultures) du placenta décèle l'existence de *diplo-streptocoques*. L'examen anatomo-pathologique, fait par le professeur Howald, montre dans la caduque *l'accumulation par places de nombreux leucocytes polynucléaires au milieu d'un réseau fibrineux très fin*. Dans le placenta fœtal on trouve des *dépôts filamenteux de fibrine*, au milieu desquels se rencontrent des *quantités de leucocytes polynucléaires*; les villosités sont plus ou moins altérées à ce niveau; quelques-unes sont totalement nécrosées. *L'amnios et le chorion décèlent également des lésions inflammatoires avec des leucocytes polynucléaires*. Ils présentent, ainsi que les villosités nécrosées, des amas nombreux de diplocoques.

En somme, il y a des *lésions inflammatoires intenses des membranes et du placenta, qui paraissent bien être sous la dépendance des diplocoques rencontrés et qui semblent avoir débuté au niveau des membranes pour se propager de là au placenta*.

Telles sont les observations que leur similitude m'a engagé à confronter. Je ne me dissimule pas ce que certaines d'entre elles ont encore de vague et d'imprécis : néanmoins il en est, la première observation de W. Albert par exemple, qui sont peu discutables au point de vue de la constatation objective d'une collection purulente entre les parois de l'œuf et celles de l'utérus : l'examen dans ce cas a pu porter sur les organes en place ; il a été vérifié et complété par des recherches histo-bactériologiques. Reste l'interprétation qu'il faut en donner. De nouvelles observations sont nécessaires pour qu'on puisse se prononcer à ce sujet et choisir en connaissance de cause parmi les hypothèses que nous n'avons fait qu'effleurer au cours de cette communication.

MANŒUVRES ABORTIVES AU COURS DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le docteur **N. GUERDJIKOFF**, privat-docent d'Obstétrique et de Gynécologie
à l'Université de Genève, ancien chef de clinique à la Maternité.

La grossesse extra-utérine étant une complication rare comparativement au nombre des grossesses normales, il est à présumer que les manœuvres abortives au cours de cette grossesse ne s'observent à leur tour que très rarement. Cependant, à l'époque actuelle où la pratique criminelle tendant à limiter le nombre des enfants est en vogue et presque officiellement tolérée, rien ne devrait plus nous surprendre en ce qui concerne cette question. Durant notre séjour de 4 ans à la Maternité de Genève, nous avons observé annuellement et en moyenne (service de clinique et de policlinique) 140-150 avortements dans les premiers cinq mois de la grossese, avortements provoqués artificiellement dans les deux tiers des cas. Aussi, en moins d'une année, avons-nous rencontré trois cas de grossesse extra-utérine terminés par la mort des malades, grâce aux manœuvres abortives avouées que ces malheureuses se sont laissé pratiquer. Croyant instructive la manière dont ces grossesses se comportent vis-à-vis des manœuvres en question, nous rapportons ici l'histoire de nos malades.

Observation I.

Mme D. M..., âgée de 42 ans, entrée à la Maternité de Genève le 21 janvier 1906, à 7 heures du soir.

Pas d'antécédents héréditaires ni de maladies antérieures. Réglée à l'âge de 15 ans ; règles toujours normales ; trois enfants à terme ; accouchements et suites de couches normaux ; dernier accouchement il y a 4 ans.

Maladie actuelle. — Dernières règles, comme d'habitude, le 25 octobre 1905. Ne voyant pas venir ses époques en novembre, et se croyant enceinte, la malade cherche à se débarrasser de sa grossesse : prend à plusieurs reprises des purgatifs et d'autres « médicaments » de chez les herboristes, et enfin se fait avorter par une sage-femme vers le commencement du mois de décembre, — si bien que le 6 de ce mois elle perd passablement de sang noirâtre, liquide. Ces pertes continuent en diminuant jusqu'au 5 janvier 1906. Ce dernier jour

la malade a eu une forte et brusque douleur, localisée dans la fosse iliaque gauche, suivie de pertes de connaissance. Les pertes sanguines ont recommencé plus fortes après cet accident et la malade a eu à plusieurs reprises des frissons très violents. Depuis cette époque, les douleurs se répètent fréquemment sous forme de coliques, par crises, et le ventre se ballonne de plus en plus. La température, au dire du médecin traitant, se maintient au-dessus de 38°.

Lors de son entrée à la Maternité, la malade a un état général très bas, pâle, langue sèche, pouls faible et rapide (140), dyspnée, extrémités légèrement cyanosées, température 38°,2 ; urines peu abondantes, pas d'albumine ni de sucre ; constipation.

A l'*examen gynécologique* on constate une distension considérable de l'abdomen. La percussion montre une forte sonorité partout, sauf une zone de trois travers de doigt au-dessus de la symphyse et dans les fosses iliaques. Le changement de position ne fait pas déplacer la matité. Au toucher vaginal on trouve le col élevé et placé en avant, tout près de la symphyse ; l'orifice externe est ouvert pour le bout d'un doigt. Le ballonnement du ventre ne permet pas de trouver le fond de l'utérus. Dans le cul-de-sac de Douglas, on sent une masse demi-molle donnant la sensation de caillots sanguins. Une ponction exploratrice, faite dans la fosse iliaque gauche, en pleine matité, n'amène qu'une goutte de sang noir. Diagnostic : *grossesse extra-utérine*, *hématocèle*. L'opération d'urgence est décidée et pratiquée à 10 heures du soir par M. le docteur R. Kœnig, alors chef de clinique à la Maternité.

On fait une incision longitudinale et médiane allant de la symphyse à l'ombilic. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule abondamment du sang liquide noirâtre. Les intestins, fortement distendus, se précipitent hors de la plaie, et on n'arrive à les réduire qu'avec beaucoup de peine. Le bassin, ainsi que la cavité abdominale au-dessous de l'ombilic, sont remplis de caillots sanguins. Après avoir enlevé une grande partie de ces caillots, on constate dans la région annexielle gauche une tumeur, grosse comme un poing, couverte également de caillots. En cherchant à enlever cette tumeur, on aperçoit dans la masse des caillots un fœtus de 8 centimètres environ, non macéré, sans pouvoir découvrir où il a été logé. Le bout utérin de la trompe est lié facilement, mais on ne peut pas trouver les vaisseaux utéro-ovariques, de sorte que l'on est forcé de tamponner par un Mikulicz. La trompe droite est un peu augmentée de volume ; l'ovaire est normal. On referme le ventre par deux étages à la soie laissant une ouverture pour le tampon de Mikulicz.

La pièce enlevée est formée par l'ovaire et la trompe dont l'extrémité abdominale est fortement dilatée et déchirée. Les couches externes des parois présentent des hémorragies ; des tissus placentaires se trouvent en partie dans la cavité, en partie au dehors. D'après la forme de l'ouverture de la trompe, il est plus vraisemblable qu'il s'agisse d'une rupture.

Après l'opération la malade se réveille assez vite et passe une nuit relativement tranquille. A 5 heures du matin, le 22 janvier, le pouls est rapide (160) et

dépressible, le ventre est fortement ballonné, la malade est dyspnéique. On met un gros drain dans le rectum ; il s'en échappe immédiatement quelques gaz. A 7 heures du matin, le pouls est à 180 et très faible, la distension du ventre est très forte et la dyspnée augmente. A 8 heures, on donne un lavement de séné qui provoque l'expulsion de plusieurs gaz. Jusqu'à midi l'état général s'améliore légèrement, la dyspnée diminue ; le pouls, plus tendu, descend à 140. Après midi les gaz s'arrêtent définitivement, la dyspnée recommence, la malade se plaint d'une soif intense. Aussi, à 10 heures du soir, nous lui donnons une injection sous-cutanée de 1 litre d'eau salée. A 3 heures du matin, le 23 janvier, le pouls, très dépressible, remonte à 180, le ventre est de plus en plus ballonné ; pas de gaz, pas de selles. Un lavement, donné à 8 heures du matin, n'amène que peu de matières liquides, mais le ballonnement persiste. Le pouls est rapide et filant, facies d'intoxiquée, dyspnée intense. A 10 heures du matin on pratique dans la fosse iliaque gauche un anus contre nature sur une anse intestinale grêle. Il s'échappe, à l'ouverture de l'anse, plusieurs gaz, mais pas de matières. A 5 heures du soir l'état général s'empire : le ventre est toujours ballonné, des vomissements se répètent à chaque instant. Nous pratiquons un lavage de l'estomac qui amène du liquide noir mais fécaloïde. Le ventre est passablement déballonné, mais la dyspnée persiste toujours. Le 24 janvier, le matin, la malade expulse des matières par l'anus contre nature. Cependant l'état général reste très mauvais ; le pouls se maintient au-dessus de 160 ; tendance au délire. Le 25 janvier, au matin, agonie; exitus à 10 heures. L'autopsie n'a pas été faite.

Observation II.

Mme P. R..., âgée de 32 ans, entrée à la maternité le 3 mars 1906.

Antécédents. — Réglée à l'âge de 15 ans. Menstruation régulière : type de quatre semaines, durée de 3-4 jours, sans douleurs, pas de pertes blanches. Deux enfants à terme : accouchement normaux, suites de couches sans accidents. Un avortement de six semaines, il y a sept ans. A l'âge de 18 ans a fait un séjour à l'hôpital pour anémie.

Maladie actuelle. — Dernières règles, comme d'habitude, le 1er janvier. Au commencement du mois de février, ne voyant pas revenir ses règles, la malade s'est fait pratiquer des *manœuvres abortives* (injection intrautérine d'eau boriquée, dit-elle), ce qui a amené des pertes sanguines beaucoup plus abondantes que des règles normales. Depuis cette époque la malade perd un peu de sang tous les deux à trois jours. Le 20 février, elle a un grand frisson et depuis elle en a eu à plusieurs reprises. Des maux de ventre apparaissent à la même époque que les frissons. Ces douleurs sont surtout fortes depuis trois jours et sont localisées plus spécialement dans la fosse iliaque gauche.

L'état général de la malade est très mauvais lorsqu'elle nous est amenée dans le service : subictérique, facies d'infectée, temp. 37°,6, pouls 100. Le cœur et les poumons ne présentent rien de particulier. Les mictions sont fréquentes

et brûlantes, l'urine est foncée, ne contenant ni albumine ni sucre; constipation.

Status gynécologique. — A l'inspection l'abdomen est plat, mais la palpation en est impossible, à cause de la défense musculaire considérable. Au toucher, on constate que le col est en avant, très près de la symphyse ; on ne peut pas trouver le fond de l'utérus. La cavité de Douglas est remplie par une masse dure, irrégulière, très douloureuse. Il est impossible, à cause des douleurs, d'explorer les régions annexielles. Nous concluons à l'exsudat pelvien, suite d'abortus, et traitons la malade par l'immobilité, la glace ou les compresses froides sur le ventre.

Cependant, l'état général, loin de s'améliorer, s'aggrave de plus en plus, les douleurs du ventre augmentent et des pertes sanguinolentes et fétides apparaissent. Le 6 mars, le matin, on décide d'examiner la malade sous narcose et on constate alors, derrière l'utérus, une tumeur molle par place, remplissant toute la cavité pelvienne. Par la ponction exploratrice, faite dans le cul-de-sac de Douglas, on retire quelques gouttes de sang noirâtre dont l'examen bactériologique fait découvrir des streptocoques. Le résultat de cette ponction nous fait admettre une hématocèle rétro-utérine. Le même jour, à 3 heures et demie du soir, le ventre est un peu ballonné et très douloureux ; la malade est en proie à une forte dyspnée. Une heure plus tard, le pouls est à peine perceptible à la radiale. On donne une injection sous-cutanée d'un litre d'eau salée. Le ventre se ballonne de plus en plus, le nez se pince, la langue est sèche, des nausées apparaissent.

A 7 heures du soir, M. le docteur Kœnig fait une laparotomie exploratrice. Le ventre est plein d'un liquide purulent, excessivement fétide. L'utérus, un peu plus gros que normalement, est en avant latéro-dextroposé. La trompe gauche est grosse comme une noix et contient du pus fétide épais. L'ovaire est couvert de fausses membranes grisâtres. A droite, dans la région annexielle, on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf, entièrement plongée dans des caillots sanguins, adhérents et couverts en partie par des fausses membranes. L'état de la malade étant des plus menaçants, on se contente de vider, autant que possible, le liquide péritonéal, on ouvre largement le cul-de-sac de Douglas et on draine par le vagin et par la plaie abdominale. La paroi est suturée par un seul étage au crin de Florence. L'opération n'a duré que dix minutes. La malade se réveille presque immédiatement après et se sent étouffer, le pouls est à peine perceptible et bientôt nul, — exitus.

L'examen bactériologique du pus provenant du pyosalpinx gauche ainsi que celui du liquide péritonéal démontrent que ces liquides « ne contiennent point d'aérobies, mais une énorme quantité d'anaérobies stricts, parmi lesquels un streptocoque » (professeur L. Massol).

A l'autopsie on constate une grossesse tubaire droite avec hémorragies datant de plusieurs jours et de la salpingite purulente bilatérale ; endométrite purulente ; péritonite généralisée, mais avec prédominance pelvienne.

Observation III.

Mlle X... A., horlogère, âgée de 28 ans, entrée à la maternité le 26 juin 1906.

Réglée à l'âge de 19 ans ; menstruation irrégulière, venant toutes les trois ou quatre semaines, durant quatre jours, accompagnées de douleurs ; rarement des pertes blanches. Pas d'enfants ni de fausses couches.

Maladie actuelle. — Dernières règles le 25 avril. Vers le 15 juin, la malade s'est fait pratiquer des manœuvres abortives, par une sage-femme, suivies de pertes sanguines. Le 20 juin elle a senti une très forte douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de nausées, quelques vomissements et des pertes de sang liquide. Ces douleurs reviennent plusieurs fois par jour, sous forme de crises et sont localisées dans la fosse iliaque droite ; les pertes sanguines vont en diminuant. Lors de son entrée à la maternité, la température montait à 37°,6, la malade était très souffrante à la suite de ses douleurs abdominales et des mictions fréquentes et très douloureuses. L'urine était trouble et foncée, contenant des traces d'albumine et une forte quantité de pigments biliaires.

L'examen gynécologique est très difficile, à cause des douleurs et de la constipation très prononcée. On donne un lavement évacuateur le soir du 26 juin et le lendemain matin on fait un examen sous narcose. L'utérus est un peu plus gros que normalement, en dextro-version et anté-position. A droite et en arrière, séparée de l'utérus par un sillon profond, on sent une tumeur, grosse comme un poing, ronde, peu mobile, tendue, donnant la sensation de fluctuation profonde. On sent en outre, en arrière de l'utérus, une tumeur liquide et fluctuante. Cette tumeur remplit le petit bassin, monte à mi-distance entre la symphyse et l'ombilic et proémine fortement dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Les parties proéminentes sont plus consistantes que le reste de la tumeur. La ponction exploratrice faite dans le cul-de-sac de Douglas ne donne que quelques gouttes de sang noir. Diagnostic : *grossesse tubaire droite avec hématocèle rétro-utérine.* Le 28 juin, la température monte à 38°, le pouls est rapide, la langue est sèche, le figure est pâle. En même temps la matité abdominale augmente ; on sent dans la fosse iliaque droite une voussure très prononcée, douloureuse, mate.

On décide l'opération et M. le docteur Koenig pratique une laparotomie de Pfannenstiel. Le péritoine est très épais et œdématié. Après l'ouverture on constate que plusieurs anses intestinales sont adhérentes à l'utérus et à la vessie. Il existe au niveau de ces adhérences des fausses membranes et un enduit grisâtre, purulent. L'utérus est en élévation et antéflexion. Dès qu'on cherche à décoller lesdites adhérences, une grande collection de sang s'ouvre. Cette collection, limitée en haut par les adhérences intestinales, remplit en bas tout le petit bassin. Le sang est en partie liquide, en partie caillé, noir, en train de se décomposer, fétide. Après en avoir vidé une partie, on constate que les annexes droites sont plongées dans des caillots. On en sort un avec une partie de pavillon et des tissus placentaires. Les annexes gauches sont entourées de caillots et sont adhérentes. L'S iliaque est couvert de fausses membranes jaune

verdâtre, à l'aspect gangreneux. On pratique l'hystérectomie d'abord subtotale, complétée ensuite. Les artères utérines et ovariques ne saignent presque pas, les paquets vasculaires étant épaissis et injectés. Tamponnement de la cavité de Douglas à la gaze iodoformée dont on sort un chef par le vagin. Pour péritoniser, on suture les parties saines du péritoine de la vessie à celui de l'S iliaque. L'appendice cœcal n'a pu être exploré à cause des adhérences. On ferme la paroi abdominale en quatre étages (tout au catgut, sauf la peau qui est suturée aux agrafes Michel).

Sur les pièces enlevées on constate qu'il s'agit d'une grossesse tubaire droite, mais la trompe étant déchirée artificiellement pendant l'opération, on ne peut en conclure s'il s'agit d'une rupture ou d'un avortement tubaire. Il existe en outre une forte endométrite membraneuse, nécrosante.

Après l'opération, l'état général reste mauvais et s'empire de plus en plus. Exitus 5 heures après l'opération. A l'autopsie on constate une péritonite fibrineuse aiguë, proctite et périproctite nécrosante par place ; rate infectieuse, tuméfaction trouble du foie.

Nous avons en outre observé en janvier 1907 une quatrième malade, atteinte de grossesse tubaire de 6 semaines, terminée par un avortement tubaire 5 jours après des manœuvres abortives. Nous avons pratiqué l'annexectomie du côté malade une heure après la première inondation du péritoine suivie d'une anémie aiguë très prononcée. La malade, femme de 23 ans, a guéri après quelques élévations de la température jusqu'à 38°,5. N'ayant pas à notre disposition l'observation en question, nous ne pouvons pas la rapporter.

Si l'on compare entre elles les trois observations ci-dessus exposées, on est frappé par l'identité presque complète qu'elles présentent. Dans le premier cas, les manœuvres abortives ont été pratiquées vers la sixième semaine après les dernières règles et les accidents septiques manifestes, ainsi que les premiers symptômes de la rupture tubaire, n'ont eu lieu qu'un mois après. Toutefois, la malade avoue ne pas avoir pu vaquer à ses occupations dès l'époque des tentatives d'avortement, fait qui suppose une indisposition, très probablement un état fébrile. L'opération a été pratiquée en pleine péritonite, affection qui, à notre avis, a emporté la malade.

Dans le second cas, les manœuvres abortives ont été pratiquées cinq semaines environ après les dernières règles. Les frissons apparaissent deux à trois semaines après et sont suivis de douleurs abdominales accompagnant la rupture tubaire. L'intervention a lieu lorsque la malade est déjà atteinte de péritonite.

Les manœuvres abortives ont été pratiquées, dans le troisième cas, vers la septième semaine de la grossesse. Les symptômes de l'inondation péritonéale (par rupture ou avortement tubaire ?) apparaissent cinq jours après. L'opération d'urgence est pratiquée également lorsqu'il existait déjà une péritonite fibrineuse, cause de l'exitus.

Les trois grossesses extra-utérines semblent se comporter, vis-à-vis des manœuvres abortives, d'une façon à peu près identique. Les suites immédiates de ces manœuvres se traduisent toujours (de même que dans le quatrième cas dont nous avons parlé) par de légères douleurs correspondant évidemment à des contractions utérines et par des pertes sanguines plus ou moins abondantes. Par contre, la rupture ou l'avortement tubaire n'arrive que plus tardivement et à la suite de l'infection. En outre, l'inondation du péritoine est suivie de près par la péritonite pelvienne ou généralisée qui amène la mort. Si l'on rapproche de ce fait la présence de l'endométrite intense trouvée à l'autopsie, il est à présumer que l'infection suit la cavité utérine et atteint le sac de la grossesse tubaire.

L'histoire de ces malades nous mène à la conclusion que l'intervention ne peut être salutaire que si elle est pratiquée très tôt, dès qu'on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine compliquée de manœuvres abortives et avant l'apparition de symptômes de péritonite.

TROIS CAS D'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

RÉDUCTION MANUELLE. GUÉRISON

Par le docteur **SAMUEL GACHE**, professeur agrégé à la Faculté de Buenos-Ayres, accoucheur de l'hôpital Rawson, lauréat de l'Institut de France et de la Faculté de médecine de Paris.

Le hasard qui est parfois intelligent, suivant l'expression de Pinard, nous a permis d'observer dernièrement, à peu de jours d'intervalle, à la maternité de l'hôpital Rawson, deux cas d'inversion utérine qui nous suggèrent quelques réflexions.

L'inversion utérine est un accident grave, mais peu fréquent. Belin indique la proportion de 1 sur 190.000 accouchements; Crosse et Reeves parlent de 1 sur 140.000 ; Playfair dit que sur 190.800 accouchements soignés au Rotunda hospital depuis sa fondation, on a constaté seulement un seul cas ; à la même maternité, Hardy et Mac-Clintock n'en ont pas observé un seul sur 71.000 accouchements ; Braun, à l'hôpital général de Vienne, n'a jamais vu l'inversion utérine dans 150.000 accouchements ; Charles, de Liège, en 37 ans de pratique et sur 20.000 cas, n'a pas observé d'inversion utérine ; Ferré a étudié les registres de la maternité de Pau, depuis 1822, pendant 71 ans, et n'a rencontré qu'un seul cas ; Porak, sur 20.000 accouchements, l'a rencontré deux fois ; Queirel (de Marseille) a vu quatre inversions ; Paul Mantel (de Saint-Omer) a observé personnellement six cas, et Pinard déclare que sur plus de 60.000 accouchements il n'a pas vu un seul cas d'inversion utérine se produire pendant son internat, ni comme chef de clinique ni comme directeur de la maternité. Tous les cas qu'il lui a été donné d'observer lui ont été amenés du dehors. C'étaient des clientes particulières auprès desquelles il était appelé par des collègues ou des sages-femmes.

Pour notre part, sur un total de 4.500 accouchements à l'hôpital Rawson, nous n'avons pas constaté d'inversion utérine produite à l'hôpital, mais nous y avons soigné deux femmes ayant accouché au dehors et transportées à la clinique après l'inversion.

L'inversion utérine a le plus souvent une origine puerpérale; Cross, sur 400 observations, en a constaté 350 consécutives à l'accouchement et 50 résultant de polypes.

L'inversion utérine s'est produite plusieurs fois durant la grossesse. Brady, en 1856, et Woodson, en 1866, l'ont observée respectivement après un avortement de 5 mois et chez une femme enceinte de 4 mois; dans les deux cas on fit la réduction.

Elle peut être tardive : Baudelocque en a constaté une survenue 13 jours après l'accouchement.

Belford, de Sidney, rapporte le cas suivant d'inversion utérine *post mortem*. Une femme de 37 ans mourut au cours du travail de son septième accouchement; elle avait eu de fortes douleurs, mais ne savait pas positivement si la tête avait été extraite ; on exhuma le corps pour l'examiner une semaine après la mort; l'abdomen était très distendu par la putréfaction; on trouva un fœtus du sexe masculin entre les jambes de la femme. L'utérus était en inversion au dehors de la vulve, le placenta restait adhérent. L'utérus présentait un peu au-dessus du col une déchirure transversale de 15 centimètres de long. On conclut que la déchirure s'était produite pendant la vie, avait causé la mort et que l'expulsion du fœtus ainsi que l'inversion avaient été produites par la pression des gaz abdominaux ; l'utérus était flasque.

L'inversion utérine ne s'observe donc que par exception dans les Maternités, où naturellement les femmes sont toujours soignées par un personnel compétent et où par suite toutes les périodes de l'accouchement se déroulent sous sa surveillance intelligente. Le plus grand nombre de cas se présentent dans la classe pauvre ou dans la clientèle de la campagne, parmi lesquelles les soins nécessaires font défaut ou sont insuffisants. Dans une Maternité, la délivrance est bien dirigée et on sait combien ce point a d'importance à ce moment de l'acte puerpéral. On comprend dès lors combien est à craindre la manœuvre intempestive, la traction imprudente qui vient à être la cause le plus communément reconnue.

Quel est le mécanisme pathogénique de l'inversion utérine ?

Dans son étude portant sur 330 cas, Denucé dit que pour que l'inversion se produise « il est nécessaire que l'utérus soit transformé en un sac avec des parois minces par le développement graduel d'un produit intérieur et que ce sac se vide subitement de son contenu ». C'est ce qui se passe au moment de l'accouchement. On pourrait, par suite,

être étonné de ce que l'inversion ne soit pas plus fréquente si on ne se souvenait que la matrice n'est pas un sac flasque et inerte, mais au contraire un organe dont la principale propriété est de se contracter et de se rétracter. Cette propriété de l'utérus fait que ses parois ont toujours une tendance à se rapprocher les unes des autres, comme le cœur pendant la systole : l'inversion est alors difficile. Pour qu'elle se produise, il est nécessaire que le muscle utérin ait perdu ses propriétés de rétractilité et de contractilité. En un mot, il est nécessaire qu'il y ait inertie.

Ainsi donc, à défaut de l'élément contraction utérine, et le travail d'expulsion étant réduit à l'influence presque exclusive des muscles abdominaux, on s'explique comment le fœtus entraîne avec lui l'utérus, en le retournant par un effet analogue, dit Jacquemin, à celui qui se produirait en retirant du fond d'un cylindre membraneux, fermé et imperméable à l'air, un piston qui ferait le vide.

Le docteur Remy explique le mécanisme de l'inversion utérine, en rappelant que dans l'accouchement normal l'utérus se rétracte à mesure que le fœtus opère sa sortie. En analysant le phénomène, on peut dire que le fœtus, en descendant dans le bassin et en s'échappant par la vulve, fait le vide derrière lui, vide qui n'est pas virtuel, grâce à l'application immédiate de l'utérus sur l'enfant puisque le sac utérin est rétractile et contractile et se ferme continuellement par le jeu des propriétés physiologiques du muscle utérin. Pendant l'expulsion, l'effort abdominal qui s'ajoute à la contraction utérine ou qui la supplée, si elle fait défaut, pousse la masse intestinale sur le fond de l'utérus et sur ses faces.

« Cette force surajoutée agit dans un sens favorable, grâce à la forme convexe de l'organe et à la tonicité des parois qui s'oppose à toute inflexion, grâce aussi au soutien que lui fournit le corps même du fœtus. Et quand les dernières portions du fœtus quittent la cavité de l'organe, celui-ci achève sa rétraction et l'anneau de contraction se resserre également. L'effort ne peut plus qu'abaisser l'organe dans son ensemble, le placenta fournissant un point d'appui à la rétraction. Dans quelques cas, l'inversion peut suivre immédiatement la sortie de l'enfant et pour cela il faut l'intervention de causes spéciales.

« Cette rapidité dans l'expulsion et dans l'évacuation utérine doit agir sur l'utérus par surprise. Que l'utérus soit inerte ou actif, il se laisse surprendre par le violent effort abdominal qui domine dans ces



cas tout l'acte de l'expulsion et se retourne à la suite du fœtus comme un doigt de gant qui s'inverse à la suite du doigt qui le quitte. Ce qui semble indiquer que l'utérus se renverse avant d'avoir pu se rétracter, c'est que le placenta reste adhérent dans un certain nombre de cas. Il est bon d'ajouter que parfois le tiraillement exercé par un cordon rendu trop court par enroulement peut avoir entraîné en partie au moins l'utérus (1). »

D'accord avec le docteur Remy, on peut soutenir que si quelque anomalie survient dans le jeu des facteurs qui interviennent dans la période d'expulsion, il peut se produire une inversion utérine immédiate : quand l'utérus a perdu sa contractilité et sa rétractilité par inertie ; quand l'organe a une minceur spéciale, quand l'effort volontaire seul, ou presque seul, détermine l'expulsion de l'enfant ; quand, d'autre part, une brièveté absolue ou relative du cordon expose l'utérus à des tiraillements, le sac utérin se renverse derrière le fœtus, étant sollicité par les deux facteurs que nous avons signalés, c'est-à-dire attiré par le vide créé par la descente de l'enfant, poussé d'un autre côté par la masse intestinale répandue dans sa superficie.

L'influence de l'inertie étant ainsi établie, l'inversion peut se produire, indépendamment des circonstances indiquées, dans les cas suivants : placenta adhérent où son insertion dans le fond de l'utérus (2) ; des pressions faites de haut en bas pour pratiquer la délivrance par expression ; la toux et l'éternuement ; l'accouchement, la femme étant debout et aussi après une délivrance très rapide. Le docteur Ferré (de Pau) a vu se produire l'inversion de l'utérus six jours après l'accouchement à la suite d'efforts de défécation. La réduction par la main ne donna pas de résultat et il y eut lieu de faire l'hystérectomie.

Quand le placenta est adhérent, et c'est le cas le plus fréquent dans l'inversion, l'adhérence est si forte que le placenta conserve ses relations avec la matrice, malgré les tractions qui l'entraînent et les efforts de la femme. Mais il existe un certain degré de relâchement ; le siège de l'insertion placentaire cède le premier. N'arrive-t-il pas parfois que, pendant des tractions, la main placée sur l'utérus nous avertit qu'il se produit une dépression sur le fond de l'organe, premier degré de l'inversion ? Supposons qu'on ne tienne pas compte de cet avertissement

(1) Docteur S. Remy, *Archives de tocologie et de gynécologie*, Paris, avril 1894.

(2) Dans les sept cas d'insertion où Pinard a pu voir le placenta adhérent, l'insertion placentaire siégeait exactement sur le fond de l'utérus.



ou qu'on ne surveille pas avec la main le globe utérin pendant les tractions, on abaissera la portion de l'utérus unie au placenta dilatée encore, partant affaiblie et parfois inerte; le placenta étalé ouvrira l'anneau utérin, créera une voie pour le passage de cette partie de l'utérus et l'inversion se trouvera en partie constituée. L'anneau inférieur résistera-t-il toujours? Nous ne le croyons pas, surtout dans les cas où le fond amolli se laisse refouler par la pression abdominale, parce que les exemples de reproduction de l'inversion ne manquent pas.

Quand le placenta n'a pas de connexions avec l'utérus, Remy explique ainsi le mécanisme de l'inversion : « Il faut tenir compte de deux choses dans la délivrance : 1° la surface utérine placentaire doit se rétracter aussi régulièrement que le reste de l'utérus au moment du décollement de l'arrière-faix, sans quoi cette portion dilatée forme l'arrière-loge d'un enchatonnement placentaire. Or, ce défaut de rétraction de la surface utérine placentaire, soit par inertie, soit par raréfaction du tissu musculaire, peut exister réellement; 2° d'autre part, le vide que laisse derrière lui le placenta, pendant les tractions sur le cordon, doit être immédiatement comblé par le retrait total et simultané de tout l'utérus. »

Barnes estime que les conditions spéciales de la production de l'inversion consistent dans une augmentation considérable de la cavité et dans le relâchement de tout ou partie des parois utérines. Quand l'utérus est rétracté, ses parois sont totalement épaisses; sa cavité est si petite, que, la paroi antérieure se trouvant en contact immédiat avec la postérieure, l'inversion ne peut se faire. Plusieurs auteurs ont constaté l'extrême flaccidité de l'utérus: ainsi Smellie cite le cas, qui lui a été rapporté par Lucas, d'une femme dont l'utérus fut réduit après l'inversion ; il était comme un *bout de tripes* (1).

Le professeur Pozzi dit : « Pour que l'inversion de l'utérus se produise, il faut qu'une partie du corps, devenue inerte, donne prise aux contractions de la portion du muscle utérin situé au-dessous de lui. Ces conditions se trouvent remplies dans deux circonstances différentes: après l'accouchement ou par suite de la présence d'un corps fibreux pointant vers la cavité. Dans l'une ou l'autre de ces circonstances, en effet, l'utérus est hypertrophié et dilaté ; dans l'une ou l'autre, une zone de sa surface est inerte et déprimée. Dans le cas d'accouche-

(1) Barnes, *Traité d'obstétrique*.



ment, c'est la région où s'implantait le placenta, si bien que Rokitansky a pu décrire l'affection comme une « paralysie de la zone placentaire » ; dans les cas de fibrome, c'est la surface d'implantation de la tumeur. Une traction exercée d'en bas sur le cordon, une impulsion d'en haut provenant d'un effort exagéré des parois abdominales, en cas d'inertie utérine, peuvent, dans ces cas-là, amener la dépression du fond de l'utérus. Si le reste de l'organe est alors en train de se contracter, la portion déprimée est, pour ainsi dire, saisie, et un mouvement automatique comparable à celui de la déglutition, l'amène invinciblement à passer par le col utérin ; il faut en effet le remarquer, un commencement de renversement passif donne aussitôt prise à des contractions dont la direction se trouve renversée (1). »

Dernièrement, A. Treub a écrit que, pour Schauta, l'unique cause première de l'inversion est une inertie totale de la paroi utérine ; inertie qui peut provenir d'une paralysie passagère ou bien d'une atrophie ou d'une dégénérescence du muscle utérin. Tout récemment M. Schauta a défendu sa thèse d'une manière énergique contre les objections faites par lui d'abord, par M. Thorn ensuite.

Schauta a trouvé un aide en Gottschalk, qui a tiré un argument en faveur de la paralysie utérine du fait que la majorité des femmes chez lesquelles un fibrome avait causé l'inversion sont au-delà de la ménopause. L'argument perd de son importance parce que les fibromes ne sont pas une maladie de la jeunesse. En outre on peut lui opposer que pour les cas d'inversion puerpérale les primipares et les femmes au-dessous de 25 ans font la majorité.

Heureusement il n'est pas besoin de tels arguments. La thèse que les contractions utérines ne sont jamais la cause de l'inversion est fausse ; des observations indiscutables comme celles de Bruel et de Beckmann le démontrent d'une manière péremptoire. Que cela arrive souvent ou seulement à titre d'exception ne change rien à la chose ; le fait existe et il ne sert à rien de l'escamoter parce que l'explication en est difficile (2).

L'inversion utérine a été divisée en trois degrés : dans le premier, il y a une simple dépression du fond de l'utérus qui a la forme d'un *cul de fiole* ; dans le deuxième, l'inversion est plus marquée, le fond

(1) S. Pozzi, *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 4e édit., Paris, 1906.
(2) Le mécanisme de l'inversion utérine, par Hector Treub (d'Amsterdam), dans le *Livre d'or offert au professeur Pozzi*, Paris, 1906.



de l'utérus est plus bas et arrive jusqu'à l'orifice interne du col ; et dans le troisième, le corps de l'utérus traverse le col et descend au vagin.

Dans l'opinion du professeur S. Pozzi, l'unique division utile en clinique est celle de l'inversion simple et celle de l'inversion avec prolapsus.

Les symptômes se manifestent par l'aggravation de l'état de la femme ; il y a pâleur, hémorragie, douleurs, désirs d'uriner, perte complète des forces ; la palpation prouve l'absence du globe utérin. Cette dernière circonstance éclaire le diagnostic d'une façon décisive.

Quant au traitement, les opinions diffèrent. Les cas dont nous parlons dans cette étude ont tous bénéficié de la réduction manuelle ; plusieurs auteurs conseillent le ballon de Champetier de Ribes ; d'autres le pessaire à tige, le tamponnement à la gaze, la réduction opératoire soit par le procédé de Everké, de Küstner ou de Piccoli. Dans certains cas l'hystérectomie est l'unique recours.

Voici l'analyse des cas que nous avons observés :

Obs. I. — A. R., Espagnole, pluripare, 38 ans, entre à la maternité de l'hôpital Rawson, le 25 juin 1906. Ses antécédents héréditaires n'ont pas d'importance ; ceux qui lui sont personnels indiquent qu'elle a eu dans son enfance la rougeole et la petite vérole. Elle a été réglée à 14 ans et toujours normalement. Elle a eu 7 grossesses ; sur ce nombre, la 2e, la 3e et la 4e se sont terminées par des avortements de 5, 6 et 7 mois ; le 6e enfant mourut, les autres vivent. A l'occasion de ces avortements, elle a eu de fortes hémorragies. Sa grossesse actuelle est à terme. Le 20, à 2 heures du soir, elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement ; elle appela une sage-femme du quartier et celle-ci rompit les membranes ; malgré cela le travail n'avança pas. Le lendemain, à 3 heures du matin, un médecin fit une application de forceps et put extraire un fœtus à terme ; hémorragie abondante. Aucun détail au sujet de la délivrance. Pendant les jours suivants, état général médiocre ; fortes douleurs dans le ventre et difficultés pour uriner. Elle appelle de nouveau le docteur, et celui-ci sollicita une consultation. L'examen fut douloureux et après des touchers répétés on diagnostiqua un fibrome utérin, probablement pédiculé, puisque, d'après la femme, on fit de fortes tractions sur la tumeur. Ces tractions étaient extrêmement douloureuses.

On lui conseilla d'entrer à la maternité. Elle fut amenée à l'hôpital Rawson le 25 juin, à 9 heures du soir, c'est-à-dire 5 jours après l'accident. Son état à ce moment était le suivant : elle se plaint de fortes douleurs de ventre, la vessie est bien tendue ; on lui pratique le cathétérisme et on extrait de 2 litres

et demi à 3 litres d'urine ; le soulagement fut immédiat. Température normale. Le lendemain, nouvel et minutieux examen du ventre. Au toucher on constate qu'une tumeur grosse comme le poing remplissait complètement les deux tiers supérieurs du vagin. Cette tumeur est molle, de superficie rugueuse, avec tout l'aspect de la face interne de l'utérus, avec de petits points durs de forme sphérique ; les culs-de-sac sont libres.

Diagnostic. — Inversion utérine.

Après anesthésie, on fait la réduction manuelle de l'utérus et on place un tamponnement. Un nouveau toucher démontre que le col utérin présente des déchirures latérales, symétriques. Par suite de cette circonstance, le corps de l'utérus ne fut pas étranglé par le col. Le lendemain, on extrait le tamponnement, on fait une injection intra-utérine et vaginale. Température normale.

Dans les journées du 28, 29 et 30, on pratique de nouveaux lavages et on élimine quelques parcelles du tissu utérin. La malade urine spontanément ; on lui administre un purgatif. Température normale. Le 7 juillet, elle sort de la maternité en parfaite santé.

Obs. II. — E. S..., Espagnole, 27 ans, entre à la maternité de l'hôpital Rawson, le 20 août 1906.

Son père est mort de la tuberculose et sa mère a souffert d'une néphrite.

Rougeole dans son enfance et rhumatisme articulaire aigu dont elle s'est guérie à 24 ans.

Elle a eu 3 grossesses qui se sont déroulées normalement ; tous ses enfants vivent.

Maladie actuelle. — A la suite du 4ᵉ accouchement. La veille, à 8 heures du matin, elle ressentit les premières contractions et le travail se termina 5 heures plus tard ; fœtus à terme et vivant. La malade prétend qu'au moment de la délivrance, la sage-femme a introduit sa main dans le vagin et lui a recommandé de pousser, qu'à ce moment même elle éprouva dans le bas-ventre une forte douleur, qui disparut ensuite pour laisser une sensation de pesanteur dans la région sacrée. Elle sut ensuite que la douleur provenait de ce que la matrice était descendue jusqu'en dehors de la vulve. La sage-femme retira quelques restes du placenta qui étaient adhérents au fond de l'utérus et elle essaya de réduire l'organe à sa position normale, réussissant seulement à l'introduire dans le vagin où elle le maintint au moyen d'un tamponnement. Douze heures plus tard on appela un médecin qui conseilla d'envoyer la malade à la maternité. Elle y entra le 20 août, dans un état d'anémie très marqué ; pouls fréquent (120), petit et mou. Légère dyspnée. L'inspection du ventre révèle qu'il est légèrement ballonné ; petites crevasses blanches sur la peau. A la palpation, la paroi abdominale est flasque ; douleur dans l'hypogastre ; absence de tumeur utérine, tympanisme faible.

En touchant immédiatement après avoir entr'ouvert la vulve, on constate l'existence d'une tumeur de couleur rouge foncé, légèrement rugueuse et de



forme sphérique ; sa consistance est dure et elle peut seulement être déprimée dans sa partie centrale ; elle est très douloureuse au contact.

Dans les parties latérales, on ne trouve aucune adhérence avec les parois vaginales et en touchant plus profondément on voit que ce qui paraît pédicule ou insertion de la tumeur est, en réalité, le col utérin. L'inversion de l'utérus est évidente.

On tenta sans succès la réduction manuelle sans chloroforme. L'anesthésie pratiquée, on arrive péniblement à remettre l'utérus en place. Lavage intra-utérin avec du formol, tamponnement à la gaze simple, injection de caféine. Le soir, on répète la dermochyse, les lavements et on lui met un suppositoire de morphine pour calmer le ténesme dû à la rectite. La malade urine sans difficulté. Du 22 au 28, on continue le même traitement, mais ce dernier jour il fallut mettre des ventouses au poumon et on constate l'existence d'un phlegmon au bras gauche produit par une injection d'*ergotine*, qu'on lui avait faite avant l'entrée à l'hôpital.

Le 29, on continue les lavages ; incision et contre-ouverture dans le phlegmon, drainage.

Le 4 septembre, on pratique le toucher et on constate dans le fond du sac postérieur une collection purulente ; on fait une incision et on évacue le pus ; on place deux tubes de drainage. Pendant les jours qui suivent, on fait des lavages dans l'utérus, dans la cavité de l'abcès et dans le vagin.

E. S... sort de la maternité, le 23 septembre, dans un état de nutrition assez satisfaisant ; elle a recouvré ses forces, les conjonctives sont colorées, le pouls est régulier, elle a de l'appétit et les digestions sont bonnes.

L'utérus a un col petit, mobile; il n'y a pas de douleur et le fond du sac postérieur est cicatrisé et libre.

Les deux cas que nous avons observés ont été traités de la même façon et les deux ont eu le même heureux résultat. Il y a, cependant, entre eux des différences marquées : dans le premier l'inversion datait de six jours et la réduction ne présenta pas de difficulté ; le col de l'utérus était déchiré et le corps du même passa librement, évitant ainsi sa compression et son sphacèle ; dans le deuxième cas, on avait fait à la femme dans sa maison une injection d'ergotine, et la réduction se fit également sans inconvénient.

***

Après avoir écrit cet article, nous trouvons dans la thèse du docteur Antonio Ortelli, notre ancien interne, intitulée : *Inversion utérine puerpérale*, l'histoire d'un cas observé à l'hôpital San Roque de Buenos-Aires.

Obs. III. — J. G..., Espagnole, 24 ans, primipare ; antécédents héréditaires sans importance ; antécédents personnels : rougeole pendant l'enfance, fièvre

typhoïde à 12 ans. Réglée à 14 ans ; menstruation faible, douloureuse et irrégulière.

Maladie actuelle. — Grossesse à terme ; a senti les premières douleurs le 21 janvier 1907, à 7 heures du matin, rupture de la poche peu après, l'accouchement se produit le 22, à 6 h. 30 du matin. Pendant la délivrance, la sage-femme recommanda à la malade de pousser ; en même temps que le placenta, sort une tumeur que la sage-femme s'empressa de réduire. Les douleurs qu'elle éprouva furent telles que peu après elle perdait connaissance. Elle fut transportée à l'hôpital San Roque dans un état de faiblesse extrême, conséquence des grandes pertes de sang. On pratiqua la réduction manuelle ; lavage chaud, tamponnement. Il y avait une déchirure dans le col. Pendant les jours suivants, lavages. Le 18 *février*, la femme est complètement bien et quitte l'hôpital.

REVUE CLINIQUE

Rupture d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse. Hémorragie interne extrêmement grave [1]

Par le docteur **H. MORESTIN.**

Le mercredi 22 mai, à midi, on apporta dans mon service, à la maison Dubois, une femme de 35 ans, Mme Louise A..., dans un état si grave qu'elle semblait devoir succomber immédiatement. Sa situation était tellement alarmante qu'on me la conduisit directement à la salle d'opérations, où j'étais en train d'achever une laparotomie. Elle était d'une pâleur cadavérique et la mort était imminente. En quelques mots, je fus mis à peu près au courant de son histoire :

Mariée à 30 ans, ayant eu peu de temps après une fausse couche de 2 mois, elle avait depuis le 22 janvier, date de ses dernières règles, des signes de grossesse : augmentation du volume du ventre, gonflement et pigmentation des seins, vomissements et nausées, varices des jambes.

Dans le courant de mai, elle remarque avec inquiétude l'accroissement très rapide de sa taille, excessif pour une grossesse de 4 mois. Le dimanche 19 mai, étant en tramway, elle est prise de douleurs abdominales assez vives qui persistent jusque dans la nuit ; le lendemain, le ventre est encore tout endolori et sensible à la pression. Le mardi matin, aussitôt après une selle, qui a nécessité de violents efforts, elle est prise subitement d'une très vive douleur dans le bas-ventre, se trouve mal ; peu après elle commence à vomir de la bile. Depuis ce moment, son état a été sans cesse en s'aggravant. Elle n'a pu reposer un instant, sans cesse tourmentée par des nausées, des vomissement verdâtres, des douleurs par tout le ventre. Sous nos yeux, elle se livre encore à de pénibles efforts nauséeux suivis de régurgitation de bile.

Une rapide exploration nous montre tout d'abord que les extrémités sont froides et le pouls radial insensible.

Le ventre est fortement distendu, peu douloureux à la pression. On sent par le palper une tumeur assez volumineuse, à gauche de la ligne médiane, remontant au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'au voisinage de l'arcade crurale.

La percussion indique de la matité dans tout l'hypogastre.

Le toucher vaginal montre un utérus assez volumineux avec un col mou, paraissant mobile, et le cul-de-sac postérieur bombé.

Pas d'écoulement sangin par le vagin.

Cet examen fait sommairement, en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, ne nous livrait pas un diagnostic précis, mais la pâleur extraordinaire de

---

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie*, séance du 30 juillet 1907.



cette femme indiquait clairement qu'elle succombait à une hémorragie interne, qu'elle était saignée à blanc, et l'indication très pressante était d'aller vers les organes génitaux internes chercher et tarir la source de cette inondation péritonéale, due, sans doute, à la rupture d'une trompe gravide.

Pendant qu'on lavait le ventre et qu'on administrait quelques bouffées de chloroforme, je fis, sans préjudice de piqûres d'éther et d'huile camphrée, découvrir une veine au pli du coude et commencer une injection de sérum, qui se prolongea pendant et après l'opération, et permit l'introduction rapide dans le courant circulatoire de 1.000 grammes de liquide.

La laparotomie donna issue à des flots de sang noir ou tout au moins d'un liquide hématique très foncé et comparable à du sang veineux. Il s'en écoula une quantité presque invraisemblable, et je dus renoncer à en faire l'évacuation complète pour ne pas allonger l'intervention, dans la crainte où j'étais à tout instant de voir succomber la malade. Il n'y avait aucun caillot, rien que ce liquide sanglant. L'utérus gravide remontait jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. La tumeur que la palpation avait révélée à gauche de la ligature médiane était un kyste de l'ovaire droit, formant une masse violette, du volume d'une tête de fœtus à terme.

Il était crevé, et c'est de la déchirure que venait l'hémorragie.

Je fis rapidement la ligature du pédicule et refermai l'abdomen en laissant un très gros drain par lequel le liquide hématique précité continuait à s'écouler.

Je quittai l'opérée avec un bien faible espoir, prescrivant de lui injecter sous la peau du sérum en abondance et de refaire le pansement dans la soirée, si la femme existait encore, pour aspirer le plus possible de ce qui restait encore dans le péritoine.

Le lendemain, je fus presque surpris de la trouver vivante. Comme la veille au soir, l'aspiration ramena une assez grande quantité de liquide sanglant.

Le 24, la femme fut prise de douleurs et expulsa son fœtus, gardant le placenta. Le fœtus, âgé de 4 mois au moins, et du sexe masculin, était mort et macéré, très macéré même (cavité abdominale ouverte, dénudation des côtes, des muscles, de la région lombaire et de l'épaule, des os du crâne). La mort remontait donc à plusieurs jours ; elle avait dû coïncider avec le début des accidents.

Le 26, il fallut faire une délivrance artificielle. Le drain, ne donnant plus rien, fut retiré. Le soir, 38°, agitation. Notre espoir de sauver cette pauvre femme épuisée par l'énorme spoliation sanguine qu'elle a subie reste insignifiant.

Le 27, on lui fait une injection intraveineuse de collargol ; elle est tourmentée par des douleurs lombaires et la tension douloureuse des seins.

Le 28, elle est mieux, le pouls est plus plein, meilleur, à 120. Le facies s'anime un peu.

Le 2 juin, il fallut remettre un nouveau drain, de la sérosité louche s'écoulant par l'orifice où passait le premier, trop tôt supprimé. Cependant le ventre n'a jamais cessé d'être indolent et souple. Nous n'avons eu aucune crainte de péritonite ; depuis l'opération, la malade n'a pas vomi, les fonctions intesti-

nales s'exécutent d'une façon parfaite. La malade est très abattue le jour, agitée la nuit, et l'appétit fait défaut.

Cependant, nous avons maintenant la certitude que tout va s'arranger.

En effet, peu à peu, les jours suivants, notre opérée se ressaisit. Le drain, raccourci progressivement, est bientôt tout à fait inutile. L'état général s'améliore d'un jour à l'autre.

A la fin de juin, la cicatrisation de la plaie est complète. Notre malade a repris bonne mine, elle a retrouvé le sommeil et l'appétit. Elle quitte, bien guérie, au commencement de juillet.

L'examen du kyste rompu montre qu'il existe dans sa paroi plusieurs kystes secondaires demeurés clos. Il s'agit d'un kyste vulgaire.

Ce qui est remarquable, c'est l'énorme infiltration sanguine des parois. Çà et là sont de gros foyers hémorragiques récents. L'aspect de la tumeur est exactement celui des kystes dont le pédicule s'est tordu.

Au cours de l'opération, faite rapidement, je n'ai pas, il est vrai, constaté *de visu* cette torsion, mais le kyste rompu, vide, flottant dans le liquide péritonéal, avait pu ne pas conserver la torsion de son pédicule. D'autre part, l'extraction de la tumeur ayant été pratiquée au milieu d'un écoulement torrentiel de liquide sanglant, j'ai peut-être achevé, au cours des manœuvres, de détordre le pédicule. L'examen de la pièce ne me paraît cependant laisser aucun doute sur la réalité de cette torsion, tant sont caractéristiques cette énorme infiltration s'arrêtant au pédicule, ces hémorragies interstitielles et l'état de la trompe, toute noire et infiltrée elle aussi de sang dans toute son étendue. Je pense donc que la torsion du kyste a précédé et provoqué sa rupture. L'histoire clinique est d'accord avec cette interprétation. Les premiers accidents, survenus au cours d'une promenade en tramway, sont vraisemblablement en rapport avec l'établissement de la torsion ; l'aggravation subite des phénomènes à la suite d'efforts de défécation est imputable à la rupture.

Chacun sait que la grossesse favorise la torsion des kystes, et chacun a eu diverses occasions d'observer cet accident pendant la gravidité. Mais la rupture est exceptionnelle dans ces conditions et d'ailleurs dans les torsions en général. C'est surtout l'hémorragie excessivement abondante survenue à propos de cette rupture qui donne à notre cas de l'intérêt. La malade était saignée à blanc, ayant déversé presque tout son sang dans son péritoine. Quant au diagnostic, il était difficile à poser d'une manière ferme : les signes d'hémorragie interne grave, survenant chez une femme présentant depuis 4 mois une présomption de grossesse, feront toujours penser d'abord et avant tout, et presque exclusivement, à une rupture de grossesse tubaire. Cependant, chez notre malade, il n'y avait pas d'hémorragie vaginale, il existait une tumeur abdominale, et l'utérus était volumineux ; en dépit de ces indices, même en ayant le temps d'analyser les symptômes et d'en bien peser toute la valeur, je ne sais si l'on aurait pu arriver à affirmer la nature exacte des lésions et la source de l'hémorragie. Peu importe, en somme, puisque l'indication se posait avec une absolue netteté.

SARCOME KYSTIQUE DE L'OVAIRE CHEZ UN HERMAPHRODITE D'ASPECT MASCULIN (1)

LAPAROTOMIE. — SURVIE DE 5 MOIS 1/2

Par le docteur **CHAUVEL** (Quimper).

Le 11 avril 1905, je reçus la visite d'un jeune homme âgé de 15 ans, habitant Triboul, près Douarnenez, qui venait me consulter pour des douleurs abdominales le faisant souffrir depuis le mois de janvier. Le jeune Hervé L .. m'était adressé de Douarnenez par mon confrère le docteur Jacq. Je constatai tout d'abord que le malade était cryptorchide, mais avait une verge assez développée, quelques rares poils sur le pubis. Il était hipospade balanique ; l'aspect des bourses était anormal. La peau en était assez tendue et il y avait un pli médian au niveau du raphé assez accusé. La figure de l'enfant n'offrait rien d'anormal, et la voix était assez grave pour son âge.

A l'examen du ventre, je constatai immédiatement la présence d'une tumeur assez volumineuse, environ un gros poing. dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus du point de Mac Burney. La tumeur peu mobile, rénitente, douloureuse, s'était développée très rapidement. Je pensai à un kyste de l'épiploon ou du mésentère, mais la forme de la tumeur et la rapidité de son développement ainsi que la régularité des fonctions intestinales me firent éliminer d'emblée toute idée de collection d'origine appendiculaire, bien que mon confrère de Douarnenez eut assisté à des crises ressemblant beaucoup à des atteintes aiguës d'appendicite.

Je lui écrivis d'ailleurs pour lui demander des renseignements sur les accidents auxquels il avait assisté, et voici ce qu'il me répondit : « Le 10 janvier, j'étais appelé auprès du jeune L..., âgé de 15 ans, à Triboul. Je trouvai un jeune homme cryptorchide et hypospade ne présentant aucune particularité du côté du visage. Depuis quelques heures seulement, il souffrait de douleurs intolérables dans le ventre, dont la souplesse est tout à fait normale ; la pression est indolente, sauf au point de Mac Burney où la douleur est très vive. L... a été à la garde-robe depuis moins de 24 heures et la souffrance est survenue subitement. Le pouls est rapide. Le diagnostic porté est celui d'*appendicite*. Je prescris l'emploi de pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme d'heure en heure et l'application de glace sur le ventre.

« Contrairement au résultat attendu, la glace exaspère les douleurs, le malade se refuse à l'employer et je me vois obligé de la remplacer par des cataplasmes laudanisés très chauds. Le 11, les douleurs continuent moins intenses, mais la nuit a été mauvaise, sans sommeil. Pas de ballonnement du ventre ; le soir, diminution des douleurs qui disparaissent peu à peu, et le 14, le malade

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie*, séance du 6 août 1907.

est complètement guéri et reprend ses occupations habituelles jusqu'au 10 *février* (il est marin-pêcheur).

« A cette date, les douleurs le reprennent, toujours localisées au point de Mac Burney. Même traitement que pour la crise précédente et guérison en deux jours.

« La troisième crise est du 20 mars et, cette fois, je constate, au niveau du point douloureux qui n'a pas changé, la présence d'une tumeur mobile, élastique, grosse comme un œuf de poule. Le malade me dit qu'il a senti cette tumeur quelques jours après la crise précédente, au début de mars, qu'elle ne lui causait aucun mal et qu'il n'avait pas jugé à propos de me la signaler. — Qu'était cette tumeur ? Kyste de l'épiploon, du testicule ? — N'osant pas me prononcer, je l'adressai au docteur Chauvel à Quimper ; en son absence, le malade vit le docteur Renault, qui pensa à une appendicite. »

En visitant mon malade que les souffrances, moindres pourtant que lors des premières crises, forcent à garder le lit, je m'aperçois que la tumeur évolue avec une rapidité extraordinaire, et le 14 avril le malade repart pour Quimper.....

Je dis aux parents du malade qu'étant donnée la rapidité du développement de la tumeur, une intervention me paraissait nécessaire, mais ils demandèrent à réfléchir et rentrèrent à Triboul.

La tumeur augmente très rapidement, l'état général devient très mauvais, les parents se décident enfin et le 19 je reçois une dépêche du docteur Jacq m'annonçant qu'il m'envoie le malade dans un état très grave. Je vois l'enfant à son arrivée et je le trouve méconnaissable.

L'*abdomen entier* est occupé par une tumeur très tendue, énorme, refoulant le foie et l'estomac, mate partout, pas de flot. Le facies est grippé, nettement péritonéal, les vomissements fréquents, verdâtres, le pouls à 140°, la température à 39°. L'enfant ayant fait le voyage de 25 kilomètres dans une mauvaise charrette, j'attribue, en partie, la gravité de l'état à ce terrible voyage et je fais préparer l'opération pour le lendemain.

Le 20 avril, l'état général est le même, la nuit a été mauvaise, le pouls très petit, toujours à 140, la température à 38°.

J'opère, aidé de mes confrères le docteur Jacq et le docteur Renault, sous le chloroforme qui est bien supporté.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il sort un flot de sang noirâtre et je constate la présence d'une énorme tumeur gélatineuse, colloïde, avec des parties kystiques contenant un liquide très épais. L'épiploon est infiltré de sang et présente des adhérences récentes avec la tumeur et avec la paroi. En limitant la tumeur avec la main, je constate une large déchirure faisant crevasse profonde au niveau de son pôle supérieur et un peu à gauche de la ligne médiane, en contact avec l'estomac. C'est là l'origine de l'hémorragie considérable qui s'est produite mais qui est maintenant à peu près arrêtée, l'épiploon et les caillots récents formant tamponnement.

Je sors péniblement la tumeur de la cavité abdominale, étant donné son

volume, et je constate alors que son pédicule, très petit, n'est autre qu'une trompe parfaitement constituée accolée à la tumeur avec son pavillon libre.

Je sectionne entre deux pinces et je constate alors la présence à gauche d'un ovaire et d'une trompe parfaitement normaux.

La tumeur s'était bien développée aux dépens de l'ovaire droit. Les ovaires et les trompes se trouvaient situés sur le bord de l'orifice supérieur du petit bassin, à 6 centimètres environ de la ligne médiane. Il n'y avait pas d'utérus et, par suite, l'aspect du bassin était celui d'un homme. Les trompes, sous forme d'un cordon sous-péritonéal, se dirigeaient obliquement en arrière de la vessie où elles se perdaient dans le périnée. Voilà ce que j'ai pu voir rapidement, car le malade avait un pouls imperceptible et il fallait aller vite. Je fis une toilette aussi soignée que possible du péritoine et des anses intestinales, dont le péritoine était congestionné, dépoli et couvert de caillots, puis je fis la suture de la paroi en laissant un gros drain enveloppé de gaze stérilisée plongeant jusqu'au fond du petit bassin (je constatai en passant que l'appendice était parfaitement sain).

La journée fut très pénible, grande faiblesse, pas de vomissements, pouls incomptable ; 500 grammes de sérum, caféine, huile camphrée en injections. Le soir, la température était à 37°,4. Le lendemain, le malade va réellement mieux, le pouls est beaucoup meilleur, bien frappé à 120, la température à 37°,6. L'état s'améliore progressivement et rapidement les jours suivants, le pouls tombe à 80 et la température se maintient entre 37°,4 et 38°. Étant donné l'état dans lequel j'avais trouvé le péritoine, j'avais laissé le malade constipé, mais dès le troisième jour, gaz spontanés. Le sixième jour, je fais donner un lavement qui amène une garde-robe abondante, mais réveille des douleurs et le soir la température remonte à 39°. Agitation, nausées, le malade essaie de se lever. Je fais appliquer de la glace sur le ventre, sérum, huile camphrée. Le lendemain, la température se maintient à 39° le matin et monte à 39°,5 le soir ; en même temps le drain qui, jusque-là, n'avait donné que de la sérosité séro-sanguinolente donne un liquide séro-purulent et je constate un peu d'infection de la paroi près du drain ; pendant trois jours la température oscille entre 38° et 39°,5 puis, le onzième jour de l'opération retombe à 37°,5. L'état général s'améliore. La température se maintient dans le voisinage de 37°,4. Le drain, que je diminue chaque jour, ne donne presque plus rien. Le 3 mai, treizième jour après l'opération, le petit malade est aussi bien que possible : température 37°,2, pouls à 80. Alimentation demi-liquide très suffisante, urines abondantes. Obligé de partir pour Paris, je laisse l'opéré sous la surveillance de mon confrère le docteur Renault. Le 5 mai, comme il n'y a pas eu de garde-robe, on donne un petit lavement sous faible pression ; dès le soir, nouvelle poussée de péritonite semblable à la première, peut-être plus forte, avec température atteignant 39°,8 et état général très sérieux. Le 12 mai, tout rentre dans l'ordre et le 15 mai le malade repart pour Triboul en voiture. Le voyage est bien supporté et le 28 mai le docteur Jacq m'écrivait à Paris : « Je suis très heureux de vous annoncer que L... va beaucoup mieux et que j'ai autorisé sa mère à le lever un peu ; sa

figure se remplit, la paroi du ventre est souple et n'offre aucune résistance à la pression. En un mot, je crois qu'il n'y a plus matière à ennui, etc. »

L'état continua ainsi à s'améliorer régulièrement et en juin l'enfant se portait parfaitement et circulait librement.

Vers la fin de *juillet*, il commença de nouveau à souffrir du ventre et en même temps l'état général était moins bon. Dans le courant d'août, le docteur Jacq constata la présence d'une nouvelle tumeur vers la partie moyenne du ventre, tumeur augmentant très rapidement. L'enfant réclamait une nouvelle intervention, mais devant une récidive aussi rapide nous n'en fûmes pas partisans.

Je vis l'enfant dans le courant de septembre. Il avait le ventre énorme, très dur, mat partout; impossible de limiter la tumeur et, par suite, de localiser son origine; grand amaigrissement, alimentation pénible, mais la marche est encore possible. L'état s'aggrave rapidement et le décès se produit le 8 octobre 1905. Il ne fut pas possible de faire l'autopsie.

Observations : 1° Je remarque que les crises qui se succédèrent avant l'apparition de la tumeur se produisirent à peu près à un mois d'intervalle : 10 janvier, 10 février, 20 mars, et à un âge où les jeunes filles voient le plus souvent apparaître les premières règles en Bretagne. Il se pourrait donc que lesdites crises aient été provoquées par des poussées de congestion ovarienne et peut-être même des hémorragies intrapéritonéales ?

2° Le développement de la tumeur fut extraordinairement rapide, puisque, de la grosseur d'un œuf de poule le 20 mars, elle occupait toute la cavité abdominale le 20 avril et pesait 6 kgr. 500.

3° La tumeur fut examinée à Paris par mon ami le docteur Lecène, qui diagnostiqua un sarcome kystique de forme très maligne. La suite malheureusement le prouva.

L'ovaire sain fut égaré et ne put malheureusement être examiné. Il avait l'aspect et le volume normal d'un ovaire de fillette de 14 à 15 ans et ne présentait pas de cicatrices ou corps jaunes. Étant donné l'état de l'enfant, je ne pus, à aucun moment, pratiquer le toucher rectal pour constater la présence de la prostate.

Enfin, rien dans l'aspect de l'enfant, dans ses habitudes, sa voix, etc., ne pouvait faire supposer qu'il dût être placé dans le sexe faible, et cette révélation plongea sa famille dans la plus profonde stupéfaction. Il était embarqué depuis trois ans, adorait son métier comme tous les marins de nos côtes et n'avait aucun goût féminin.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 4 février 1907.

G. MICHEL (de Nancy). — **Torsion bilatérale de deux trompes** (1).

G. MICHEL et HOCHE. — **Sur un cas de tumeur chondro-sarcomateuse du col utérin; sarcome en grappe.**

Femme de 35 ans, trois grossesses, la dernière remontant à six ans. Depuis dix-huit mois environ, ménnorragies et métrorragies très abondantes. Elle consulte un médecin qui trouve une masse ressemblant à un polype et l'enlève.

Trois mois après, les pertes réapparaissent plus abondantes ; on constate une masse très volumineuse, développée aux dépens du col, ayant l'aspect d'une grappe. On pratique un curettage qui permet d'enlever toute la masse ; la base d'implantation est cautérisée au thermo. Elle reste deux mois sans perdre, puis un écoulement leucorrhéique réapparaît. Elle se plaint de nouveau de sensations de gêne, de pesanteur ; les pertes sanguines reviennent bientôt aussi abondantes. Masse volumineuse, remplissant la cavité vaginale, friable, saignant au moindre attouchement, constituée par une sorte de grappe s'implantant sur le col, dont on percevait nettement les lèvres, grappe dont les grains se détachaient au toucher, les uns durs, les autres mous, œdémateux. Intégrité du corps utérin, des ligaments larges, du petit bassin.

L'état général de la malade étant relativement bon, cette affection ayant une tendance à récidiver, tout en gardant une allure bénigne sans tendance à la généralisation, l'hystérectomie est pratiquée. Guérison.

Sur la pièce enlevée, on constatait l'intégrité des lèvres du col, mais on voyait que les grains constituant la tumeur s'implantaient tous sur une sorte de tige unique, assez épaisse, pénétrant dans la cavité cervicale. Ces formations polypeuses étaient développées aux dépens des parois de la cavité cervicale, au niveau d'une région d'aspect cicatriciel. La constitution de ces polypes est gélatineuse, molle dans les parties lisses, pédiculées, ferme et homogène dans la zone d'implantation.

D'après l'analyse minutieuse de la tumeur, à l'œil nu et sur des coupes microscopiques nous croyons qu'il s'agissait primitivement d'une lésion inflammatoire chronique de la muqueuse du col, qui avait donné lieu à une sclérose inflammatoire du tissu et à la production de l'hyperplasie polypeuse

(1) Observation publiée *in extenso* dans les *Annales*, avril 1907, p. 220.

de la muqueuse endo-cervicale. C'est dans la région scléreuse cicatricielle que la néoformation sarcomateuse a pris naissance, et de là elle envahit de tous côtés et le parenchyme utérin et le tissu pathologique des polypes saillants à l'orifice du col.

Les lésions sarcomateuses sont encore peu développées, leur extension aux tissus du voisinage est encore restreinte ; c'est ce qui nous a permis de reconnaître encore très nettement les lésions inflammatoires chroniques antérieures. D'après cette constatation, nous nous croyons autorisés à conclure que la forme en grappe qu'affecte ici la tumeur n'est pas inhérente à la nature même du sarcome, en d'autres termes qu'il ne s'agit pas d'une forme particulière de sarcome, mais plus exactement d'un sarcome globo et fuso-cellulaire avec formations cartilagineuses, développé au niveau d'une lésion inflammatoire polypeuse du col utérin.

Quant au traitement, notre observation est une preuve que le simple enlèvement de la tumeur, même suivi de curettage ou de cautérisation, constitue toujours une opération insuffisante, suivie presque immédiatement de récidive. Nous en dirons autant de l'amputation intra-vaginale du col, qui elle aussi est presque toujours suivie de récidive immédiate. Il faut enlever l'utérus par hystérectomie, et non par voie basse, mais par voie haute. Après laparotomie, on se rend compte de l'étendue des lésions, et s'il y a des lésions ganglionnaires ou des lésions du tissu cellulo-adipeux du petit bassin, c'est le seul moyen d'y remédier avec quelques chances de succès.

V. Le Lorier. — **Sur un cas de perception du cordon ombilical par le palper.**

Il s'agissait d'une présentation du sommet en gauche transverse, mal fléchie, et encore incomplètement engagée.

Tout à coup, en palpant le fond de l'utérus je sentis, croisant un petit membre, un cordon cylindrique, que par sa forme, sa consistance et sa situation je pris d'abord pour le ligament rond du côté droit. Mais mon attention fut vivement sollicitée par la perception très nette de pulsations rapides dans ce cordon. J'auscultai le fœtus et vis que le synchronisme était parfait entre les battements du cœur fœtal et ceux de ce cordon, qui ne pouvait être que le cordon ombilical, devenu perceptible grâce à un ensemble de circonstances favorables : minceur des parois abdominale et utérine et passage du cordon sur un petit membre entre la paroi utérine et ce petit membre (jambe probablement).

Riss (de Marseille). — **Un cas d'encéphalocèle traitée par l'excision. Survie de deux mois et demi. Mort par cachexie.**

Observation d'encéphalocèle congénitale traitée par la cure radicale avec succès opératoire. L'enfant a survécu deux mois et demi environ sans présenter de complications nerveuses. Il s'est cachectisé progressivement et a succombé après avoir présenté des phénomènes de sclérème et de subictère.

A. CROISIER (de Blois). — **Cancer secondaire de l'utérus à point de départ ovarien développé dans un utérus fibromateux. — Hystérectomie abdominale subtotale. Guérison.**

La malade est âgée de 55 ans. Elle présentait depuis environ un an des hémorragies utérines abondantes, formées de caillots, hémorragies qui l'ont très fortement anémiée. Ces hémorragies ne sont accompagnées d'aucun autre écoulement vaginal. Fibrome bosselé remplissant l'excavation pelvienne qu'il dépasse un peu en haut.

Hystérectomie abdominale. Le fibrome est flanqué de chaque côté d'un kyste de l'ovaire : l'un à droite, gros comme un gros poing, l'autre à gauche, gros comme une mandarine. Le désenclavement est pénible. Une fois le fibrome élevé dans la cavité abdominale, je me débarrasse de chaque kyste ovarien, tout en sectionnant les ligaments larges. Drainage ; suites opératoires parfaites. Dix mois après, la malade est en bonne santé.

Le fibrome est de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Il était développé aux dépens du fond et de la paroi droite de l'utérus, faisant saillie à la fois en dehors de l'utérus et dans la cavité utérine. *Dans le fond de la cavité utérine existe une masse bourgeonnante grosse comme une noix.* Les bourgeons en sont friables et cette masse se laisse déchiqueter avec facilité. Une partie est envoyée à l'examen histologique qui est pratiqué par le docteur Marchand.

La tumeur est formée de tubes ramifiés et entourés de cellules cylindriques. La trame conjonctive est très mince et sur les coupes histologiques on voit surtout des tubes et des alvéoles tapissés de grandes cellules cylindriques à gros noyau en voie de division. Le tissu conjonctif embryonnaire est peu vascularisé ; il soulève par places la couche épithéliale et lui donne une forme papillaire et bourgeonnante. Ce sont les caractères du cancer épithélial de l'ovaire.

OUI (de Lille). — **Cancer du col utérin et grossesse.**

Obs. I. — 42 ans, a déjà eu, antérieurement à la grossesse actuelle, cinq enfants nés à terme. Les cinq accouchements et les suites de couches n'ont rien présenté d'anormal. La grossesse actuelle est restée ignorée jusqu'à la fin de novembre 1903. Elle a en effet, depuis six mois environ, des pertes sanguines fréquentes, peu abondantes, claires, sans caillots et sans odeur. C'est seulement il y a deux mois que les mouvements actifs du fœtus éveillèrent l'attention sur une grossesse jusque-là méconnue. Depuis un mois, les pertes ont sensiblement augmenté, elles sont devenues presque continuelles et contiennent des caillots, mais restent inodores.

Le 29 janvier, étant couchée, la malade se sent mouillée par un liquide clair assez abondant, liquide qui continue à couler presque sans interruption, pendant que, au dire de la malade et de son entourage, le volume du ventre diminue sensiblement.

Examen. — Par le palper abdominal, on trouve et on délimite facilement l'utérus, dont le fond remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le fœtus est orienté longitudinalement, la tête en bas et on perçoit ses mouvements actifs. Quelques contractions utérines sont perçues au cours de l'examen. Par le toucher on constate que la lèvre antérieure du col est envahie par une large ulcération bourgeonnante, friable et saignant au moindre contact. Les culs-de-sac vaginaux sont indemnes. Dans le cul-de-sac antérieur, on peut provoquer le ballottement vaginal.



Etat général assez satisfaisant, malgré une anémie marquée. Pas d'amaigrissement.

Le diagnostic ne pouvait faire doute : grossesse de six mois et demi, environ, compliquée d'un cancer du col avec rupture prématurée des membranes, rupture qui rendait très probable l'expulsion du fœtus à bref délai.

Le 4 février, la malade accouchait spontanément et sans incident d'un enfant, qui ne vécut que quelques heures.

Le 4 mars, elle entrait à l'hôpital Saint-Sauveur pour se faire opérer. On constatait alors que le cancer avait fait en un mois des progrès sérieux ; la lèvre postérieure du col, indemne à la fin de janvier, était complètement envahie. Les culs-de-sac vaginaux étaient restés libres. L'utérus était mobile. Les pertes sanguines continuaient.

Opération, le 6 mars 1904. — Après curettage et thermo-cautérisation du col, laparotomie et hystérectomie abdominale. L'opération se passe sans incident notable, sauf quelques difficultés pour l'hémostase à la base du ligament large droit, dans lequel il faut pincer et lier plusieurs petites artères. Péritonisation et drainage par le vagin de l'espace sous-péritonéal avec un drain en caoutchouc entouré de gaze iodoformée.

Les suites opératoires, parfaitement normales en ce qui concerne la cicatrisation de la plaie abdominale et la température, furent troublées par l'incident suivant :

Trois jours après l'intervention, la malade se plaignit d'être constamment mouillée et on constata que le pansement vaginal était souillé d'urine. D'autre part, les mictions volontaires se produisaient régulièrement et la malade émettait par l'urèthre environ 700 à 800 grammes d'urine par vingt-quatre heures, ce qui nous fit écarter le diagnostic de fistule vésicale et porter celui de fistule uretéro-vaginale. Nous pûmes, à plusieurs reprises, constater l'écoulement de l'urine dans le vagin, écoulement qui paraissait se faire par l'angle droit de la plaie vaginale. La malade présenta en outre, pendant quelques jours, un peu de cystite, qui céda à l'administration d'urotropine et à quelques lavages vésicaux à l'eau boriquée.

Au bout d'un quinzaine de jours, le suintement de l'urine persistant toujours, nous proposâmes à la malade une uretérocystonéostomie, qu'elle accepta. Mais alors, nous vîmes en quelques jours l'écoulement de l'urine par le vagin diminuer rapidement, puis disparaître complètement. L'examen cystoscopique pratiqué par M. le docteur Davrinche, aide de clinique des voies urinaires, lui montra que les deux uretères fonctionnaient normalement.

La malade sortit donc complètement guérie le 6 avril. Il n'y a actuellement pas trace de récidive.

C'est là un de ces cas heureux qu'on n'observe que trop rarement dans la chirurgie du cancer utérin et cela bien que les circonstances ne m'aient pas permis d'opérer aussi rapidement que je l'aurais désiré.

Si j'avais eu cette malade à l'hôpital, ou si les conditions dans lesquelles elle se trouvait avaient permis d'intervenir à son domicile, j'aurais pratiqué la césarienne suivie d'hystérectomie totale dès le début du travail.

Ensuite, il a fallu attendre qu'elle fût transportable. Le retard d'un mois qui s'est ainsi imposé pour l'opération n'a heureusement pas eu d'influence fâcheuse sur le résultat.

Un dernier point, qui mérite d'attirer l'attention, c'est la fistule uretérale qui s'est produite après l'intervention. Le fait que l'écoulement de l'urine ne s'est produit que le troisième jour après l'hystérectomie, la guérison spontanée de cette fistule montre bien qu'il s'est agi d'une fistule latérale, due soit à un pincement d'une partie de l'uretère au cours de l'hémostase laborieuse de la base du ligament large droit, soit à la dénudation un peu excessive de ce canal.

La seconde observation est bien différente. La malade a été emportée par des accidents d'une extrême rapidité et aucune intervention véritablement utile n'a pu être mise en œuvre.

Obs. II. — X..., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital le 1er octobre 1906.

Cette femme, dont les antécédents pathologiques sont nuls, a eu quatre grossesses terminées par la naissance à terme d'enfants qui sont encore tous vivants. Toujours réglée à date fixe jusqu'en février dernier, elle a eu, à cette époque, deux hémorragies suivies d'un suintement séro-sanguinolent presque continu. Au début de septembre, elle se présente à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Sauveur. On diagnostique un cancer du col utérin et, de plus, la constatation d'une notable augmentation de volume de l'utérus fait penser à la possibilité d'un fibrome. On conseille à cette femme d'entrer à l'hôpital pour être examinée plus complètement et être opérée, s'il y a lieu.

Cette femme ne revient que le 1er octobre. Admise à l'hôpital, elle accuse, le 2 octobre après midi, une violente céphalée et présente une température de 39°. Un peu plus tard, elle est prise de vives douleurs abdominales et, le 3 octobre, à 6 heures et demie du matin, elle expulse un fœtus macéré pesant 360 grammes.

Je vois la malade à 9 heures du matin. Depuis l'expulsion du fœtus, elle a perdu beaucoup de sang. Elle est très pâle, très déprimée, son pouls bat 120 pulsations à la minute. La température est brusquement tombée à 37°. Le placenta n'a pas été expulsé.

L'examen montre un col envahi par un cancer qui l'a entièrement infiltré. Le doigt poussé dans le canal cervical montre que celui-ci est envahi sur presque toute sa hauteur. On atteint une partie décollée du placenta faisant saillie dans le col. Le ventre est légèrement ballonné, très douloureux.

Curage digital qui ramène un placenta de 180 grammes. Au cours de cette intervention l'utérus s'abaisse facilement et paraît très mobile.

Le soir, la température remonte à 39°.

Le lendemain, T. 39°,5, un peu de ballonnement du ventre qui est extrêmement douloureux, pas de vomissements ni de nausées. Le pouls est à 110, régulier et assez plein.

Dans ces conditions, je me décide à faire une laparotomie en vue de pratiquer l'hystérectomie qui me paraît possible, étant donnée la mobilité de l'utérus.

L'opération est pratiquée le 5 octobre ; à l'incision de l'abdomen, il s'écoule une quantité considérable de pus ; de plus, je constate que l'utérus est extrêmement adhérent à la vessie et au rectum. Pousser plus loin l'intervention est évidemment impossible. Je place deux gros drains et je suture la paroi. Injection de sérum artificiel.

Le 6 octobre, vingt-quatre heures après la laparotomie, des vomissements porracés se produisent; la fièvre augmente, 38°,6 le matin, 40° le soir. Seconde injection de sérum.

Le 7 octobre, les vomissements redoublent ; l'état de la patiente s'aggrave rapidement et elle meurt à 11 heures du soir.

L'autopsie, faite le 9 octobre, a montré que le cancer avait infiltré le col entier, surtout en arrière, ainsi que les parois de la vessie et du rectum et la base des ligaments larges.

Ici, nous avons eu affaire à une péritonite qui a débuté avant l'avortement qu'ont nettement précédé les phénomènes fébriles. Cette péritonite a évolué silencieusement et c'est seulement au moment de la laparotomie qu'elle a été constatée. L'extension des lésions nous a également surpris, car l'utérus était resté mobile et l'examen ne pouvait nous faire supposer une infiltration cancéreuse aussi étendue. Cette mobilité de l'utérus coïncidant avec des lésions inopérables nous paraît devoir être attribuée au ramollissement des tissus périutérins sous l'influence de la grossesse.

Je me suis, toutefois, posé la question de savoir si, croyant, comme je l'ai fait, l'hystérectomie praticable, je n'aurais pas agi plus logiquement en opérant immédiatement au lieu de pratiquer le curage digital.

Je pense que, en règle générale, l'hystérectomie immédiate est plus avantageuse, lorsqu'on se trouve en face d'un cas de ce genre : rétention placentaire dans un utérus cancéreux avec phénomènes fébriles. Mais, ici, j'avais

affaire à une femme extrêmement anémiée par une hémorragie abondante et j'ai pensé que je ne devais pas lui faire subir immédiatement le choc relativement considérable que représente l'hystérectomie et qu'il y aurait avantage à la débarrasser d'abord de son placenta et à reculer l'intervention radicale de quarante-huit heures pendant lesquelles il serait possible de remonter l'état général à l'aide d'injections de sérum. L'événement a démontré d'ailleurs que ce retard n'avait eu aucune influence sur le dénouement, étant donné l'incurabilité des lésions.

M. Mauclaire. — Dans la première observation de M. Oui, je crois que la fistule urinaire était plus probablement une fistule vésicale étant donnée sa guérison spontanée très rapide.

M. Pinard. — Je crois que la question posée par notre collègue M. Oui à propos de sa seconde observation doit être résolue par la négative : il n'y avait aucune indication d'intervenir par la voie abdominale au moment de l'accouchement et en pareil cas on doit se contenter d'évacuer l'utérus, si toutefois cela est possible.

H. Hartmann et P. Lecène. — **Les greffes néoplasiques** (1).

Discussion. — M. Pozzi. — J'ai entendu avec le plus grand intérêt la communication de notre collègue Hartmann; car jusqu'à présent peu d'observations avaient indiqué d'une manière aussi nette la greffe cancéreuse. Je me souviens avoir observé après une hystérectomie pour cancer une tumeur prépubienne qui s'est développée secondairement dans l'épaisseur de la paroi abdominale. J'ai voulu intervenir, mais la femme s'y est refusée.

J'ai pour habitude de ne jamais faire d'hystérectomie sans curer et cautériser au vrai fer rouge et non au thermo-cautère la cavité utérine de l'utérus pour l'aseptiser; c'est une précaution indispensable. Dans le cancer de l'utérus il faut curer toute la cavité, pour enlever la bouillie cancéreuse et éviter son écoulement au cours de l'intervention. On empêche ainsi l'infection septique et la greffe. Dans certains cas je pratique l'ablation en vase clos, c'est-à-dire en me servant de pinces coudées qui obturent la cavité par en bas, mais ce procédé n'est pas toujours possible.

M. Routier. — J'ai le souvenir d'une intervention faite pour enlever les deux ovaires sarcomateux d'une femme, qui présenta ensuite une tumeur de la paroi abdominale qu'on prit pour un sarcome. Mais celle-ci disparut spontanément et, fait assez curieux, cette femme eut ensuite plusieurs grossesses dont une gémellaire.

M. Monod. — Dans les observations de M. Hartmann, une m'a particulièrement frappé, c'est celle qui a été suivie d'une greffe de kystes ovariens ordinaires.

M. Pozzi. — Dans un cas où j'avais fait une ovariotomie pour kyste, j'ai dû faire une nouvelle laparotomie pour enlever une tumeur située dans l'épaisseur

(1) Mémoire publié *in extenso* dans les *Annales*, février 1907, p. 65.



du mésentère. Aussi je me demande si, dans l'observation qu'Hartmann nous a rapportée d'une greffe se faisant dans le mésentère, la tumeur n'existait pas déjà au moment de la première intervention.

M. Mauclaire. — Dans les observations citées par Hartmann d'épithélioma récidivant sur une plaie accidentelle de la vulve ou sur une plaie opératoire de la joue, il est probable qu'il s'agit d'une greffe opératoire. Mais ce n'est pas absolument certain. En effet, le tissu cicatriciel est très prédisposé à la dégénérescence épithéliale ou sarcomateuse, soit primitive, soit secondaire. A côté des greffes opératoires, il me semble que l'on peut admettre pour certains cas la métastase secondaire dans une cicatrice au voisinage.

M. Hartmann. — Comme M. Monod, je sais et j'ai dit que le plus souvent, après les opérations de kystes ovariens, les récidives se montrent sous la forme maligne. Dans mon cas il s'agit bien d'une greffe secondaire se présentant avant tous les caractères cliniques et anatomiques d'un kyste bénin de l'ovaire. Quant à admettre qu'il s'agisse d'une production indépendante du kyste ovarique primitif, je ne crois pas que cela soit possible, car je ne vois pas quelle variété de tumeur on pourrait observer dans l'hypocondre ayant tous les caractères de l'épithélioma mucoïde de l'ovaire.

Je n'ai pas fait allusion aux tumeurs du mésentère et des ligaments larges consécutifs aux kystes ovariens et dont vient de nous parler mon maître, M. Pozzi, parce que leur pathogénie me semble prêter à discussion et que je n'ai voulu vous entretenir que des cas de greffes incontestables.

A Mauclaire je répondrai que si pour certains cas on peut émettre la possibilité d'épithéliomas cicatriciels, bien improbables du reste à mon avis, j'ai eu soin de ne regarder comme indiscutables que les cas où l'épithélioma secondaire, au lieu d'avoir les caractères de l'épithélioma de la région où il se développait, reproduisait le type de l'épithélioma primitif.

Je crois donc pouvoir affirmer que la possibilité de la greffe cancéreuse cellulaire, déjà établie expérimentalement sur l'animal, se présente aujourd'hui en clinique avec des caractères indiscutables.

Séance du 11 mars 1907.

Nicolas Ivanoff. — **Torsion d'un utérus fibromateux gravide** (1).

L. Guinon. — **Trophœdéme congénital.**

E. Kirmisson. — **A propos d'un cas de spina-bifida opéré heureusement trois jours après la naissance.**

Pour juger définitivement de la valeur de ces interventions, il serait néces saire de suivre pendant très longtemps la malade, car on voit parfois se développer à la longue des infirmités persistantes.

(1) Observation publiée *in extenso* dans les *Annales*, mai 1907; p. 311.



V. Wallich. — **Grippe et suites de couches.**

Au cours des suites de couches, il est important de ne pas confondre les manifestations de la grippe avec les accidents dus à une infection utérine. Dans les formes graves de la grippe, les localisations de cette affection doivent mettre sur la voie du diagnostic, mais dans les formes légères, sans localisations marquées, le diagnostic de grippe peut être plus difficile à établir. Toutefois, si l'on ne peut pas toujours attribuer aux manifestations grippales une allure bien caractérisée, on peut éliminer l'infection puerpérale, quand les caractères habituels de cette infection font défaut.

Quand la grippe est antérieure à l'accouchement, et que, depuis un temps variable, la femme tousse et présente de la fièvre, le diagnostic est facile. Il devient plus difficile, lorsque les manifestations grippales font leur première apparition le troisième ou le quatrième jour des suites de couches, surtout si les manifestations pulmonaires sont légères ou font défaut. On peut voir alors la courbe de la température rappeler les oscillations observées dans l'infection puerpérale; il est des cas, d'autre part, où les élévations thermiques se font en pointe, rappelant celles de la lymphangite mammaire. L'absence de symptômes locaux du côté de l'abdomen, des organes génitaux, ou des seins, ne suffit pas, dans ces circonstances, pour éliminer le diagnostic d'infection utérine ou mammaire. Dans les cas difficiles, il m'a semblé que l'examen du pouls pouvait donner certaines indications intéressantes.

Le pouls, chez une femme atteinte d'infection puerpérale, est remarquable par sa fréquence, qui se montre avant l'élévation de la température, et persiste même après la chute de celle-ci.

Il semble que dans les observations de grippe simple le pouls n'ait pas présenté l'accélération que l'on rencontre habituellement dans les cas d'infection puerpérale. Mais cette physionomie du pouls dans la grippe des suites de couches ne peut évidemment être considérée comme absolument caractéristique de cette affection, dont les formes sont si multiples et, il faut le reconnaître, mal déterminées.

Dans les cas de grippe simple, on a appliqué le traitement banal de la grippe, par la diète, la quinine et les purgatifs. Cette médication n'a présenté aucune influence sur l'allaitement. Toutes les femmes ont continué à allaiter leurs enfants, et ceux-ci ont présenté des augmentations satisfaisantes. Il est pourtant à noter que l'on a donné quelques biberons de lait stérilisé en supplément, quand, lors des grandes poussées de fièvre, le lait a été sécrété en moins grande abondance.

Tous les nourrissons se sont bien portés, sauf un qui a présenté des abcès multiples. Dans ce dernier cas, il faut se demander si l'infection n'a pas été le résultat de la contagion. Mais, tout compte fait, étant donné, d'une part, l'immunité fréquente de l'enfant, et, d'autre part, les inconvénients de séparer l'enfant de sa mère, à un moment où la contagion aurait pu déjà être effectuée, il semble préférable de conseiller la continuation de l'allaitement.



M. Doléris. — Je laisse de côté les cas compliqués dans lesquels il existe à la fois des accidents d'infection puerpérale et de grippe; mais, lorsqu'une accouchée est atteinte véritablement de grippe, elle présente des signes généraux et thoraciques qui permettent de faire le diagnostic sans qu'on ait besoin de se baser sur la fréquence plus ou moins grande du pouls. Il faut de plus attacher de l'importance à la notion d'épidémicité.

En outre, l'administration du sulfate de quinine, par l'amélioration qu'elle produit, vient confirmer le diagnostic. Mais comme ce médicament diminue la fréquence du pouls, il est difficile d'attacher aux caractères du pouls, lorsqu'on a administré du sulfate de quinine comme dans les observations de Wallich, la valeur clinique que notre collègue essaie de lui attribuer.

M. Lepage. — Sans mettre en doute la réalité des faits observés par Wallich, et tout en étant d'accord avec lui sur l'importance de la fréquence du pouls pendant les suites de couches, je crois que les caractères du pouls constituent plutôt un élément de pronostic qu'un élément de diagnostic entre la grippe et les accidents infectieux.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — Nous voyons chez des malades, atteintes de grippe seule, des modifications du pouls importantes. Celui-ci ne peut donc pas toujours être invoqué pour faire le diagnostic; d'autant plus que souvent aussi des accidents peu graves de septicémie utérine n'élèvent pas le nombre de pulsations ou très peu, et c'est même là-dessus que nous basons un pronostic peu sérieux.

M. Champetier de Ribes. — Il me semble que nous pourrions accorder à M. Wallich que le pouls tient une grosse importance dans les infections puerpérales; pour ma part, j'attache plus d'importance au pouls qu'à la température. Quand j'ai des ascensions de température et que le pouls ne s'élève pas, je porte un bon pronostic.

M. Wallich. — Mes conclusions n'ont pas le caractère absolu qu'on a voulu leur attribuer. J'ai tenu surtout à opposer les caractères assez tranchés de l'infection puerpérale à la symptomatologie vague de la grippe. Je n'ai pas dit que le pouls se trouvait ralenti dans cette dernière affection, mais que dans mes observations il s'était montré, d'une façon générale, moins fréquent qu'on ne le trouve dans l'infection puerpérale.

M. Pinard. — Nous sommes tous du même avis pour accorder au pouls une signification toute particulière, c'est lui qui permet d'apprécier la gravité d'une infection puerpérale.

Discussion sur le travail de M. Le Lorier sur la perception du cordon ombilical par le palper abdominal.

M. Potocki. — Maintes fois il m'a été donné de constater la présence du cordon ombilical en pratiquant le palper méthodiquement, suivant les règles précisées par notre maître Pinard, et bien souvent j'ai eu l'occasion de faire sentir ce cordon ombilical aux élèves. Il est ordinairement perceptible sous la forme d'un cylindre, gros comme le petit doigt et dirigé transversalement, au-devant



du plan résistant constitué par le dos du fœtus. Sa position et sa direction permettent toujours de le différencier du ligament rond qui a le même volume, mais qui est vertical et se continue jusqu'au pli de l'aine.

J'ajouterai que la palpation m'a permis de rencontrer le cordon ombilical dans la région hypogastrique, et que j'ai pu le remonter au-dessus de la présentation et éviter, au moment de l'accouchement, la complication d'une procidence.

M. Pinard. — Il y a longtemps que j'enseigne que la perception du cordon est possible par le palper et que je fais sentir le cordon par les élèves; de plus, dans nombre de cas j'ai montré qu'en comprimant le cordon avec le stéthoscope on pouvait déterminer des souffles temporaires résultant de cette compression.

MM. A. Pinard et G. Lepage. — **Bassin atteint d'ostéomalacie chez une multipare. — Opération de Porro faite au début du travail.**

Femme âgée de 25 ans, ménagère, habitant Paris.

Dans les antécédents héréditaires, on note seulement que le père est mort de tuberculose, à 40 ans.

Cette femme a marché de bonne heure ; elle a été réglée à l'âge de 14 ans ; menstruation régulière, non douloureuse, durant cinq jours.

A l'âge de 9 ans, rougeole. A 14 ans, amputation de la phalangette du pouce droit pour une malformation.

Cette femme, née à Paris, y a toujours habité. Elle est enceinte pour la sixième fois : Premier accouchement à 8 mois à la Maternité, le 15 juin 1895. L'enfant, d'abord élevée au sein pendant quinze jours par la mère, a été mise en nourrice au biberon et est morte au bout d'un mois.

Deuxième accouchement, en juin 1896, à la Maternité de Beaujon. Accouchement à terme, enfant élevé au sein, actuellement vivant.

Troisième accouchement en 1898 à la Maternité. Enfant élevé au sein, vivant.

Quatrième accouchement en 1899, chez elle. Accouchement spontané, enfant élevé au sein, vivant.

Cinquième accouchement en février 1902, chez elle. C'est la même sage-femme qui l'a assistée pour l'accouchement précédent. Ce cinquième accouchement aurait été plus difficile que les précédents, il se termina cependant spontanément. L'enfant fut élevé au sein, mais mourut à 3 ans d'une broncho-pneumonie.

Les premiers signes de l'affection actuelle se sont manifestés quinze à seize mois après l'accouchement vers le mois d'avril 1903, pendant que la femme allaitait son enfant.

Ce furent d'abord des douleurs dans les membres inférieurs, assez violentes pour que la femme ait été obligée de garder le lit pendant les mois de mai et de juin de l'année 1903.

On crut qu'il s'agissait de rhumatismes ; le médecin traitant prescrivit du

salicylate de soude. D'ailleurs ce diagnostic et ce traitement avaient déjà été appliqués à quelques accidents de même genre, mais beaucoup plus frustes, qui étaient survenus antérieurement, quelques semaines après le quatrième accouchement.

Au bout de deux mois de ces pseudo-rhumatismes, une sédation assez marquée des douleurs permit à la femme de quitter son lit. Elle cherche alors à reprendre ses occupations dans son ménage, mais elle est bientôt obligée de s'arrêter à nouveau.

Pendant un an et demi, elle éprouve des douleurs continues et paroxystiques dans les membres inférieurs, le bassin et les reins ; elle ne peut marcher que courbée. Par périodes, les douleurs deviennent très vives et ne sont calmées que par le séjour au lit ; la malade s'aperçoit qu'elle diminue progressivement de taille, que ses côtes se rapprochent du bassin (au dire de la malade elle aurait diminué de 12 centimètres en hauteur).

Cependant les médecins traitants persistent dans le diagnostic de rhumatisme et épuisent sans succès toute la liste des médicaments et des topiques en usage.

Après avoir essayé pendant un an et demi de trouver un soulagement à ses douleurs, la malade se décide à consulter à l'hôpital : le 5 avril 1905, elle entre à Laënnec, dans le service de M. Brouardel.

Celui-ci aurait porté le diagnostic de spondylolisthésis. Le séjour prolongé au lit et l'emploi d'une solution d'acide phosphorique amènent une amélioration très marquée ; la malade quitte l'hôpital le 20 juillet.

De retour chez elle, elle peut prendre en grande partie ses habitudes de vie et s'occuper des soins de son ménage. La marche est redevenue possible et les douleurs ont disparu ; la taille reste stationnaire. Pendant cette période d'amélioration les règles, qui jusque-là étaient restées régulières, se montrèrent pour la dernière fois du 19 au 24 octobre.

L'évolution de la grossesse n'est d'abord marquée que par quelques vomissements pendant les deux premiers mois, parfois un peu de dyspnée ou une tendance syncopale, l'activité physique et la marche restent satisfaisantes.

En avril 1906, la scène change, les douleurs reparaissent dans les membres inférieurs et dans la région lombo-sacrée. La marche redevient pénible, impossible certains jours; à la suite d'une chute sur la main, fracture du radius (?) ; le médecin traitant adresse la malade à la Clinique où elle vient le 28 mai dans l'après-midi. A la consultation, on constate que le bassin présente des déformations très particulières qui font penser qu'il s'agit d'un bassin ostéomalacique. Malgré le conseil qui lui est donné, la malade refuse de rester dans le service, mais elle promet de revenir, si son état ne s'améliore pas.

Elle revient en effet le 5 juin, se traînant difficilement et ne parvenant à avancer qu'en raison de l'aide que lui fournissent deux personnes qui l'accompagnent et la maintiennent solidement par le bras et par le dos ; elle fait à chaque pas une grimace de douleur et se tient constamment pliée en deux, le tronc fortement incliné en avant.

Pendant le séjour au dortoir, examen de M. Pinard qui constate une viciation très accusée du bassin, promontoire très saillant et très bas contre lequel l'index bute, à peu de distance de la vulve : concavité sacrée remplacée par deux surfaces planes qui se réunissent en dessinant une rigole transversale; inférieurement la pointe du sacrum et le coccyx se recourbent en hameçon.

Les parties latérales de l'excavation paraissent convexes et saillantes : Les deux pubis sont parallèles et laissent entre eux une gouttière étroite que remplit la largeur de l'index.

Le reste du squelette contraste avec le bassin; en dehors d'une ensellure lombaire très marquée, il est vrai, on ne trouve nulle part de déformation appréciable. M. Pinard porte le diagnostic de bassin ostéomalacique. Il décide de laisser évoluer la grossesse et de n'intervenir qu'au moment du travail : on pratiquera alors l'opération de Porro.

L'analyse d'urine, faite le 16 juillet 1906, donne les résultats suivants : volume, 600 centimètres cubes. Réaction légèrement acide; densité : 1,016.

	Par litre	en 24 h.
Résidu fixe à 100°	37,28	24,60
Cendres	10,08	6,60
Matières organiques	27,20	18
Acidité exprimée en SO^4H^2	0,1050	
Urée	10,49	6,913
Acide urique	1,01	0,66
Azote total	5,90	3,89
Coefficient d'oxydation = 0,93.		
Chlorures	9,5695	6,57
Phosphates	1,1172	0,66
Urobiline. Indican	abondants	
Glucose, Albumine, Pigments biliaires	néant	

En attendant le moment de l'intervention, la femme reste constamment couchée, immobilisée dans son lit, en attitude demi-assise, le corps soutenu par des piles d'oreillers. Les douleurs s'atténuent rapidement et, six jours après l'entrée, elles ont presque disparu.

Apparition de quelques contractions utérines douloureuses le 30 juillet, à 10 heures du soir.

Le 31 juillet dans la matinée, les contractions se rapprochent, le col s'efface et à 2 heures du soir les bords de l'orifice sont dilatés comme 1 franc.

A 3 heures du soir, opération de Porro par M. Lepage. Suites de l'opération simples. La température maxima est de 37°,6, le lendemain de l'opération, elle revient ensuite à la normale; chute du pédicule au 16e jour. — La femme mange avec appétit et semble engraisser, sa figure cesse d'être fatiguée et jaunâtre comme pendant la grossesse; la station assise est facilement gardée dans le lit pendant plusieurs heures de suite. Depuis l'intervention jusqu'au premier lever, aucune douleur.

Premier lever le 20 septembre. Marche d'abord très difficile, en raison de la faiblesse musculaire, puis de plus en plus assurée, mais encore bien imparfaite.

Sortie le 30 septembre, la malade marche seulement avec l'aide d'une personne ; sa taille mesure 1 m. 35 ; il y a encore une petite fistule au niveau du moignon.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 2.900 grammes à la naissance ; diamètres de la tête fœtale : Bi-P., 9 cm. 4 ; Bi-T., 7 cm. 6 ; il pesait 3.030 grammes le 10e jour, 3.270 le 20e jour et 3.980 à la sortie.

La malade quitte la Clinique le 30 septembre. A ce moment, la station debout et la marche sont encore presque impossibles.

Elle reste au repos complet, du 1er octobre aux premiers jours de novembre, chez une de ses parentes aux environs de Paris ; elle retourne chez elle vers le 5 novembre et, du 5 novembre au 17 novembre environ, la marche est encore hésitante, la station debout impossible au bout de dix minutes ou un quart d'heure.

Vers le 17 novembre, les forces sont revenues tout d'un coup, au point qu'elle-même et son entourage ont été étonnés d'une amélioration aussi brusque. La malade qui ne pouvait, quelques jours auparavant, monter ses escaliers qu'avec l'aide d'une personne et non sans une grande fatigue, peut monter ses trois étages sans l'aide de personne.

A partir de ce jour la malade a été rendue à sa vie normale, elle a pu, sans fatigue aucune, vaquer, toute seule, à ses occupations (ménage, soins à donner à ses trois enfants, courses au dehors).

Depuis sa sortie de la Clinique Baudelocque la malade n'a pas cessé de prendre du glycérophosphate de chaux.

Actuellement (11 mars), état général très satisfaisant, caractère très gai, aucun trouble de la marche. Seules quelques bouffées de chaleur, des céphalalgies très fréquentes et rebelles et un peu d'insomnie.

Enfant. — Nourri au sein par une nourrice à Baudelocque de sa naissance au 1er octobre. Du 1er octobre aux premiers jours de novembre, la malade, n'ayant pas assez de lait pour le nourrir exclusivement au sein, recourt à l'allaitement complémentaire, au lait bouilli.

Depuis le 6 novembre l'enfant est complètement nourri au sein, sans aucune fatigue pour sa mère, à raison de six ou sept tétées par 24 heures. Son état général est excellent.

Il nous a paru intéressant de faire connaître cette observation, qui est un exemple de l'action localisée de l'ostéomalacie sur le bassin ; cette femme ne présente en effet, en dehors de la partie inférieure de la colonne vertébrale et du bassin, aucune déformation apparente causée par le ramollissement des os. S'il pouvait y avoir quelques doutes sur le diagnostic d'ostéomalacie, l'action efficace de la castration double qui a fait partie de l'opération de Porro contribuerait à les écarter.

(*A suivre.*)



REVUE ANALYTIQUE

VICIATION PELVIENNE

(*Suite et fin*).

B. PUBIOTOMIE. — C. VERSION. — D. ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. — E. PERFORATION. — F. FORCEPS HAUT

De l'hébotomie sous-cutanée d'après un total de 30 nouveaux cas et sur les résultats définitifs de l'opération (Ueber subcutane Hebotomie auf Grund von weiteren 30 Fällen und über die Dauererfolge der Operation). KANNEGIESSER, *Arbeiten aus d. kgl. Frauenklin. in Dresden, XII. Congress der deutch. Gesellsch. f. Gyn.*, Berlin, 1907.

Le nouveau travail de Kannegiesser a pour base une seconde série de 30 pelvitomies. Tandis que la première série comprenait un total de 21 opérations (1), ces 30 pelvitomies ont été pratiquées, à la clinique de Dresde, du 27 décembre 1905 au 24 mars 1907 ; elles se répartissent sur un ensemble de 2.630 accouchements, soit une proportion de 1,14 p. 100 : *a*) 20 femmes mariées, *b*) 10 non mariées ; âge de 20 à 35 ans ; *a'*) *primipares*, 13 ; *b'*) *multipares*, 17. 8 primipares étaient relativement âgées ; 2 primipares agées de 35 ans ; 1 de 30 ; 1 de 28 ; 2 de 27 ans. Les 17 primipares de cette deuxième série avaient eu 43 accouchements, dont une fausse couche à six mois, ce cas impropre à la recherche des difficultés des parturititions antérieures. — Des 42 autres enfants, 4 naquirent, spontanément, trop tôt (2 moururent au bout d'une année, les 2 autres survivent). Un enfant vint au monde par l'accouchement prématuré ; dans ce cas, grosseur de l'enfant et amplitude du bassin furent exagérées : enfant, féminin, 45 centimètres, 1.900 grammes, extrait difficilement d'un bassin à conjugai vrai de 6 centimètres 3/4, mort une heure après la naissance. De 5 enfants nés spontanément à terme, un seul a survécu, les autres sont morts pendant ou peu après un accouchement pénible ; 5 enfants furent extraits au forceps, 1 seul survit, les autres naquirent déjà morts. (Ces applications de forceps, très laborieuses assurément, furent faites hors de la clinique.) Dans 14 cas, les enfants furent obtenus par la version suivie d'extraction, 3 seulement furent sauvés (ces interventions, suivies 2 fois de la perforation de la tête dernière, furent faites en ville). Finalement, 12 enfants qui venaient la tête première, subirent la perforation, celle-ci pratiquée *a*) *en ville* 8 fois, *b*) à la clinique 4 fois, et, ici, 3 fois sur l'enfant mort, 1 fois sur l'enfant vivant. Sur l'enfant mort, les 3 fois, il y avait indication absolue à la

(1) Voir *Annales de Gyn. et d'Obst.*, mars 1906, p. 187, l'analyse du 1er mémoire.

pratiquer (1° fièvre *sub-partu*, non engagement de la tête; 2° rupture de la poche des eaux datant de 11 jours, tympanie et imminence de rupture utérine; 3° procidence du cordon, ne battant plus, à côté de la tête fœtale restant très élevée). En ce qui concerne la perforation sur l'enfant moribond, le principe directeur, à la clinique du professeur Léopold, de l'intérêt supérieur du salut de la mère ne permettait pas dans ce cas, *pour une vie d'enfant très aléatoire* (pouls fœtal à 60 ; rupture prématurée des eaux, col conservé, orifice externe étroit, conjugué vrai 6 centimètres et demi), de risquer une opération trop agressive pour la mère (Opération césarienne, hébotomie). Au total, *de ces 42 enfants viables* 83 *p.* 100 *sont morts !*

Bassin. — Les bassins des 30 femmes hébotomisées se groupent ainsi : *a*) bassin plat rachitique et généralement rétréci, 22 ; *b*) b. plat rachitique, 5 ; *c*) b. généralement rétréci 3, un de ces derniers combiné avec une luxation coxo-fémorale double, congénitales. Les dimensions du conjugué vrai furent : *a'*) 8 centimètres, 8 fois ; *b'*) 7 3/4, 1 fois ; 7 1/2, 6 fois ; 6 3/4, 3 fois ; 6 1/2, 1 fois.

Dans son premier mémoire, Kannegiesser précisait les indications comme suit : *La pelvitomie est indiquée, dans les bassins étroits avec un conjugué vrai de 7 à 8 centimètres et demi, quand la disproportion entre le bassin et l'enfant est à priori si forte, ou qu'au cours du travail elle s'affirme telle, qu'un enfant ne saurait traverser vivant le bassin.* En semblables conditions, les seules opérations concurrentes sont la césarienne (trop grave) *et la perforation, qui, sur l'enfant vivant, n'est que très exceptionnellement acceptable.*

« Le petit domaine opératoire des bassins à conjugai vrai de 6 à 7 centimètres seulement reste donc à la césarienne à indication relative. »

Pour cette seconde série de pelvitomies, les limites supérieure et inférieure adoptées dans la première série ont été abaissées de 1 demi-centimètre, c'est-à-dire qu'elle sont 6 1/2 à 8 centimètres. Mais, avec ces limites des dimensions pelviennes, il importe beaucoup, dans chaque cas clinique, de *s'efforcer de bien préciser le développement du fœtus et particulièrement la grosseur et la dureté de la tête fœtale :* éviter d'hébotomiser 1° quand le cas est déjà justiciable de la césarienne ; 2° quand version et extraction, ou expectation même, seraient à propos.

Technique opératoire. — L'auteur l'illustre en schématisant quelques cas, par exemple, celui-ci : « A 11 heures du matin : piqûre de la peau au-dessus de l'épine droite du pubis (avec un fin scalpel pour que l'opération conserve bien son caractère sous-cutané); introduction de l'aiguille, qui, sous le contrôle d'un doigt placé dans le vagin, contourne la face postérieure du pubis et vient ressortir à la face externe de la grande lèvre; ramènement en arrière de l'aiguille armée de la scie de Gigli; 126 traits de scie, le plus possible dans le même plan pour ne pas déchiqueter la peau. Alors, compression à la gaze de la région adjacente. L'os s'ouvre d'une largeur de doigt (contrôle par le vagin). 11 h. 50 : impression de la tête, forceps. 11 h. 52 : l'enfant est extrait, pas de déchirure. »

Dans 1 cas l'intervention dura 7 minutes; dans 5, 8 minutes; dans 1, 9 minutes; dans 2, 10 minutes; dans 1, 13 minutes.

Et cette opération, — en réalité simple et si heureusement efficace — peut, estime l'auteur, être faite par le praticien, mais si les conditions suivantes sont rigoureusement réalisées : 1° *assistance suffisante* (un médecin pour la narcose, un médecin pour surveiller et protéger la région autour du point de piqûre tandis que l'opérateur manœuvre la scie; deux personnes pour le maintien des jambes, une sage-femme); 2° *bonne asepsie*; 3° *une certaine adresse technique*; 4° *une bonne intruction obstétricale générale*, qui, seule, permettra d'éviter aux femmes des hébotomies inutiles si la pelvitomie passe de la clinique dans la pratique générale.

Résultats : 1° *Mères*. — Pas une opérée de cette seconde série de pelvitomies (30) n'est morte, donc *mortalité maternelle* 0 p. 100. Elles sont, *toutes*, sorties *guéries*, après qu'on eut constaté, par leur séjour et leur activité à la clinique durant quelques jours, l'intégrité entière de la démarche. Les piqûres de ponction cutanée, sauf un cas de suppuration du trajet d'entrée de l'aiguille, guérirent en quelque sorte sans laisser de trace. A peine pouvait-on en retrouver les points au moment du départ des femmes. La durée moyenne du *séjour à l'hôpital* fut de 25 jours (de 15 à 64 jours). *Lever*, du douzième au soixantième jour, moyenne le vingtième jour ; 19 femmes sur 30, environ 2 tiers, eurent des suites de couches non troublées, d'autres présentèrent quelques élévations de température en rapport avec divers accidents (lochiométrie, thrombose, embolie, suppuration de la plaie).

Enfants. — Les 30 enfants de cette seconde série vinrent tous au monde vivants et quittèrent vivants la maternité, donc *mortalité infantile* 0 p. 100 !

Totalisant, en les schématisant, les résultats des 2 séries de pelvitomies (soit 51), l'auteur établit les chiffres suivants.

Mortalité maternelle = 0 p. 100.

Morbidité. — (Températures au-dessus de 38°,4 pendant le processus de cicatrisation ou autres accidents) :

14 ou 67 p. 100 pour la première série des 21 accouchées ;

14 ou 47 p. 100 pour la deuxième série de 30 accouchées.

Morbidité globale : 55 p. 100.

Une seule femme partit malade encore (gonorrhée), toutes les autres quittèrent la clinique bien portantes et avec une aptitude bonne à la marche.

Mortalité globale infantile. — 8 p. 100 ; expurgée, elle tombe à 2 p. 100, 3 des décès ne devant pas être enregistrés au passif de l'opération.

Remarques générales — Sans entrer dans tous les détails de discussion et d'analyse critique de ce travail, il est intéressant de noter quelques notions générales courantes à la clinique du professeur Léopold : 1° le salut de la mère est estimé très haut ; en conséquence, quand des femmes, avec des sténoses pelviennes, se présentent *à temps*, est-il de règle de leur bien faire comprendre qu'elles peuvent, à moins de risques, accoucher prématurément d'enfants plus difficiles à sauver, tandis qu'à terme, mais au prix d'une opération plus grave

pour elles, elles peuvent avoir des enfants plus viables, plus forts, — à elles de décider, — c'est-à-dire que, pour le professeur Léopold, l'accouchement prématuré, très réduit pourtant dans ses applications, n'a pas encore complètement vécu ; 2° que la femme étant en travail et dans certaines conditions *exceptionnelles sans doute*, où le salut de la mère est trop étroitement lié à l'importance du shock opératoire, on fait encore à la clinique de Dresde la perforation sur l'enfant vivant, intervention qui sera d'autant plus justifiable dans la pratique courante quand le praticien, dépourvu d'assistance suffisante, se trouve acculé aux mêmes difficultés; 3° autre principe adopté par le professeur Léopold: a-t-on décidé de faire l'hébotomie, *commencer toujours par supprimer les obstacles créés par les parties molles*, c'est-à-dire n'intervenir jamais qu'à la dilatation complète, que, le cas échéant, on réalisera artificiellement (métreuryse, dilatateurs métalliques), ou, si rien ne presse, qu'on laissera se produire, *mais en s'efforçant de préserver, le plus longtemps possible, la poche des eaux* (usage du colpeurynter qui soutient la poche des eaux et, le cas échéant, assouplit, dilate un vagin étroit); 4° l'hébotomie — toujours strictement sous-cutanée — faite, terminer sans tarder l'accouchement et, *suivant les cas*, forceps, version et extraction. Ainsi, des 51 enfants correspondants aux deux séries de pelvitomie, 28 furent extraits par le forceps, 20 par la version et l'extraction, 2 par l'extraction sur les pieds, et 1 par craniotomie.

R. L.

De l'influence de l'hébotomie sur les indications de la version et de l'extraction (Ueber die Beeinflussung der Indication zur Wendung und Extraction durch die Hebotomie). LICHTENSTEIN, *Ibid.*, p. 626.

Ce travail repose sur un ensemble de 154 versions et extractions, pratiquées de 1901 à 1905 à la Clinique de Dresde (professeur Léopold); opérations à l'occasion desquelles on enregistra 41 décès d'enfants (enfants nés morts, moribonds, ou ayant succombé dans les premiers jours *post-opératoires* du fait des lésions traumatiques subies), donc, avec mortalité infantile de 26,62 p. 100. Or, au sujet de cette mortalité, la question intéressante qui se pose est-celle-ci: *Aurait-on pu, en modifiant les indications de la version et de l'extraction, réduire cette mortalité infantile*? Et déjà les résultats comparatifs des versions et extractions faites : 1° *avant* l'hébotomie et 2° *après* l'hébotomie sont significatifs; ainsi, 110 versions exécutées avant la première hébotomie donnèrent lieu à 35 décès d'enfants, tandis que 44 exécutées après ne donnèrent que 6 décès, donc là: mortalité infantile 31,82 p. 100, ici seulement 13 p. 100.

L'auteur examine d'abord les cas, moins intéressants pour le point en discussion, des versions pratiquées sans qu'il y eût sténoses pelviennes. Puis, il examine successivement celles pratiquées dans des vagins rétrécis, et ceux-ci sont groupés d'après la variété de la sténose : *a*) bassin plat simple; *b*) bassin plat rachitique; *c*) généralement rétréci; *d*) rachitique généralement rétréci. Il analyse ensuite, tout particulièrement, les cas suivis de la mort de l'enfant

pour solutionner, aussi exactement que possible, le problème posé, et résume comme suit les enseignements qui se dégagent de cet ensemble notable d'observations.

«... Ces 154 versions ont abouti à 41 décès d'enfants = 26,62 p. 100. De ces 41 enfants, 11 ne pouvaient être sauvés par aucune opération et 6 moururent par suite de fautes techniques. Donc 17 enfants morts, soit une mortalité infantile de 11,04 par rapport à la totalité des enfants; de 41,46 p. 100 par rapport au nombre des enfants morts, 24 enfants furent les victimes des disproportions trop grandes entre le bassin et l'enfant. Mortalité : 15,58 p. 100 par rapport à tous les enfants ; 58,54 p. 100 par rapport aux enfants morts. Or, ces 58 1/2 p. 100 enfants auraient pu être sauvés par l'hébotomie, et, de ce fait, la mortalité globale de 26,62 p. 100 serait tombée à 11,04 p. 100, résultat « *futur* » assurément satisfaisant. »

« La réduction de la mortalité infantile dans la version, après l'intervention de l'hébotomie, n'a rien de suprenant, écrit Lichtenstein. Car dans les cas où il existait nettement une disproportion notable entre le bassin et l'enfant, on n'essaya plus la version. De plus, par rapport à la version, on adopta deux orientations nouvelles : ainsi, avant l'introduction de l'hébotomie, on la pratiqua chez 4 *primipares* et chez 3 multipares dont l'utérus présentait un *cercle de contraction*, ce qui a aboutit à 7 décès d'enfants. »

A l'heure actuelle *a*) *primiparité* et *b*) *cercle de contraction* constituent 2 contre-indications à la version et dans ces cas on fait l'hébotomie.

Conclusion. — L'hébotomie a notablement réduit les indications à la version et à l'extraction, mais sans compromettre leur droit d'existence.

L'essentiel est de s'efforcer d'apprécier aussi exactement que possible les proportions réciproques du bassin et de l'enfant, notion rationnelle, et non une limite déterminée par avance et invariable du conjugué vrai. Enfin, le médecin praticien doit savoir l'hébotomie, soit pour diriger les cas qui en sont justiciables dans les cliniques, soit pour la pratiquer lui-même, mais dans les conditions nécessaires à son exécution (Voir Kannegiesser, p. 624). *Dans l'ensemble, version et extraction restent pour le praticien une intervention heureusement efficace.*

R. L.

Sur la question de la légitimité de l'accouchement prématuré artificiel (Zur Berechtigungsfrage der künstlichen Frühgeburt). LEOPOLD et KONRAD, *Ibid.*, p. 648.

Ceci est encore un chaleureux plaidoyer en faveur de l'accouchement prématuré. Le travail est basé sur un total de 84 accouchements provoqués pour sténoses pelviennes, à la clinique de Dresde, du 14 juillet 1900 au 31 décembre 1906, pour un ensemble de 14.094 accouchements : un accouchement provoqué par 168 accouchements. En cet espace de 6 années environ, 11 femmes subirent plusieurs fois l'accouchement prématuré. Dans aucun de ces 84 cas, il ne s'est agi de primipares ; ils se répartissent d'ailleurs ainsi :

II pares	= 13				
III —	= 16	VIII pares	= 4		
IV —	= 16	IX —	= 3		
V —	= 16	X —	= 1		
VI —	= 9	XI —	= 1		
VII —	= 4	XII —	= 1		

Antérieurement, ces femmes avaient eu 212 accouchements avec une *mortalité* infantile de 62,5 p. 100, donc avec une survivance de seulement 37,5, chiffre très voisin de celui de Sarvey (34,5) (1).

Conditions requises pour l'accouchement prématuré artificiel :

1° *Conserver le plus possible, jusqu'à la dilatation complète, la poche des eaux.* Particulièrement dans les bassins généralement rétrécis, comme dans les bassins plats rachitiques, et même dans les plats rachitiques généralement rétrécis, quand dans ces derniers la grosseur et la dureté de la tête fœtale y autorisent, on attend l'accouchement spontané, avec pourtant cette restriction : quand deux heures après la rupture des membranes (le plus souvent artificielle) la tête fœtale n'est pas engagée au détroit supérieur, on procède à la version et à l'extraction.

2° Pour l'accouchement prématuré, on retient comme limite supérieure du conjugué vrai 8 cm. 5 ; comme limite inférieure du conjugué vrai pour les bassins généralement rétrécis 8 centimètres ; de 7 centimètres et demi pour les plats rachitiques et les plats rachitiques généralement rétrécis.

3° Comme moment le plus favorable pour l'accouchement provoqué (c'est-à-dire pour espérer obtenir des enfants suffisamment viables), depuis longtemps, on a choisi à la clinique de Dresde de la 35e à la 36e semaine, à quelques exceptions près commandées par un accroissement spécial de l'enfant. Ainsi pour cette série de 84 accouchements, leur provocation fut faite :

La 34e semaine	. . . .	3 fois =	3,57 p. 100.
35e —	. . . .	30 fois =	35,97 —
36e —	. . . .	47 fois =	55,95 —
37e —	. . . .	4 fois =	4,76 —
		84 fois	

Des tableaux analytiques indiquent : *a*) les types de bassins; *b*) la présentation; *c*) le moment de l'accouchement provoqué; *d*) les résultats pour les enfants, etc. ; les auteurs examinent ensuite, très en détail, tous ces cas, dans tous les détails intéressants, par rapport aux mères et aux enfants.

Résultats : A. ENFANTS. Des 84 enfants obtenus ainsi, naquirent . . . . { *vivants* : 71 = 84,53 p. 100. / *morts* : 13 = 15,47 —

Des 71 nés vivants, du premier au dixième jour il en mourut 13 = 18,30 —

— quittèrent vivants la clinique . 58 (84-26) = 69,5 —

(1) BAISCH, *Reformen in der Therapie des engen Beckens*. Leipzig, 1907, p. 122.

B. Mères. *Suites de couches* entièrement *apyrétiques* .	59 = 70,2	p. 100
— — *pyrétiques* (même une seule fois 38°)	24 = 28,5	—
— — *mort*	1 = 1,2	—

Le principal grief fait à l'accouchement prématuré étant celui d'une *survivance infantile réelle très faible*, les auteurs examinent tout particulièrement ce point. Déjà, écrivent-ils, Ahlfeld et Sarvay avaient poursuivi des recherches à ce sujet, et depuis l'année 1900, Hahl, Lorey, Pape, Hunziker et tout récemment E. Moller s'étaient occupés de cette question. Nous savons par ces recherches le sort de 353 enfants nés par l'accouchement provoqué et nous apprenons cette constatation surprenante que de ces 353 enfants 74 seulement = 20,96 p. 100 sont morts durant la première année, soit à peu près autant que les enfants nés à terme, à en juger d'après les statistiques générales.

Des recherches ayant été entreprises dans le même sens à la clinique de Dresde, on n'obtint de renseignements que de 45 enfants : de ces 45 enfants, 15 moururent au cours de leur première année, soit 24,40 p. 100 ; il y a :

34 survivants = 75,6 p. 100 {
âgés de 1 an 6
— 2 — 6
— 3 — 8
— 4 — 3
— 5 — 5
— 6 — 6

Or, la mortalité générale infantile pour la première année, en Saxe, est de 25 p. 100.

Si on ajoute les 45 cas de la clinique de Dresde aux 353 enregistrés plus tôt, on obtient les chiffres suivants : de 398 enfants obtenus par l'accouchement prématuré, 85 sont morts au cours de la première année = 21,3 p. 100. Les autres, soit 78,7 p. 100, ont survécu au delà d'une année et beaucoup plus !

Se fondant sur ces résultats, sur la plus grande gravité pour la mère — fait incontestable pour eux — des opérations concurrentes (césarienne, hébotomie), et sur l'impossibilité, non discutable en certains cas, de diriger *à terme* les parturientes dans des maternités pourvues du personnel et des accessoires nécessaires, les auteurs affirment vivement les mérites, en cas de viciation pelvienne, surtout en pratique générale, sans qu'il doive être banni de la clinique, de l'accouchement prématuré, contre-indiqué : 1° chez les primipares; 2° chez un certain nombre de multipares (quand, particulièrement, les renseignements sur les accouchements antérieurs indiquent qu'on est justifié à attendre un accouchement spontané). Ils notent ensuite que leur expérience personnelle leur a appris que : *a*) *dans les bassins généralement rétrécis avec* 8 *centimètres comme limite inférieure du conjugué vrai; b*) *dans les bassins plats rachitiques et les bassins plats rachitiques généralement rétrécis*, *avec* 7 *centimètres trois quarts à* 7 *centimètres et demi comme limite inférieure du con-*

jugué vrai, l'accouchement prématuré peut être provoqué à la trente-sixième semaine avec un bon succès pour la mère et pour l'enfant. Et le procédé opératoire qui à la clinique de Dresde s'est montré le plus efficace a été : *a*) Bossi + métreuryse pour les bassins plats rachitiques; *b*) bougie pour les bassins généralement rétrécis.

R. L.

La perforation de l'enfant bien vivant et de l'enfant moribond, de 1892 à 1906, à la *Frauenklinik* de Dresde (Die Perforation des lebensfrischen und absterbenden Kindes, 1892-1906). C. MEISSNER, *Arbeiten aus d. kgl. Frauenkld., in Dresden, XII. Congress d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, Berlin, 1907.

De 1892 à 1906, on a pratiqué la perforation 57 fois sur l'enfant vivant, 112 fois sur l'enfant mort ou moribond, au total 169 opérations sur un ensemble de 29.725 accouchements. Comme on compte en moyenne 2.123 accouchements par an, il se fait environ annuellement 4 = 0,2 p. 100 perforations de l'enfant vivant, 58 de l'enfant moribond. L'auteur à étudié très en détail toutes ces observations; comme, dans le débat qui se livre actuellement, l'essentiel c'est la légitimation ou non de *la perforation de l'enfant vivant*, c'est la partie de ce travail qui touche directement à cette question que nous allons particulièrement analyser.

Des 57 femmes qui subirent cette intervention, 8 avaient un bassin normal, 49 un bassin rétréci, savoir :

Bassin plat	2	Bassin plat rachitique, rétréci.	19
— — rachitique . . .	7	— obliquement rétréci. .	2
— généralement rétréci .	19		

Conjugué vrai jusqu'à	7 cm. 6	1 fois.	
— — —	7	1	28 —
— — —	5	6	9 —

Le conjugué vrai des autres 11 bassins ne fut pas noté pour des raisons multiples.

Des 57 mères, 36 étaient primipares et 21 multipares.

Durée du travail. — De 12 heures à 3 jours et 13 heures, jusqu'au moment où la perforation s'imposa. De la rupture de la poche des eaux à l'opération, de 1 heure à 5 jours : 10 de ces femmes étaient restées comme pensionnaires, observées plus ou moins de temps à la clinique même, tandis que les 47 autres n'y vinrent que de 1 heure à 4 jours *ante operationem*.

Présentation de l'enfant :	21 fois 1re 28 — 2e	position du sommet.
	2 — 1re 2 — 2e	position du front.
	1 — 1re 1 — 2e	position de la face.
	et deux présentations de l'épaule.	

Dans 9 cas, la tête était engagée dans le bassin ; 2 fois, elle se trouvait vers le milieu de l'excavation ; 3 fois, elle s'était déviée; enfin 43 fois, elle restait encore mobile au-dessus du détroit supérieur, 2 fois en présentation du pariétal antérieur, 9 fois du pariétal postérieur.

Dilatation de l'orifice externe au début de l'opération :

Comme 3 marks	5 fois.
— 5 —	5 —
Petite paume de main	10 —
Paume de main	11 —
Complète.	21 —

Quatre fois on fit la dilatation avec l'instrument de Bossi (3 *primipares : a*) éclampsie, *b*) rigidité des parties molles, *c*) fétidité des lochies, fièvre à 39°. Une XIpare avec éclampsie). Dans 1 cas d'éclampsie grave, la dilatation, déjà comme un mark, fut complétée par des incisions. Dans 28 cas, colpeurynter ; dans 5, metreurynter. Dans un cas compliqué de néphrite grave, on provoqua l'accouchement au moyen d'une sonde-bougie.

Pour quelles raisons fit-on la perforation de l'enfant vivant ?

1er *groupe* de 7 malformations : 1 méningocèle, 6 hydrocéphalies; un parmi ces derniers fœtus était de dimensions surprenantes : longueur 59 centimètres, poids sans la matière cérébrale, 6 kilogrammes.

2e *groupe* : 6 cas d'*éclampsie* sévère (3 primipares, 2 secondipares, 1 XIpare), de 17 à 22 accès avant l'admission à la clinique. La plupart avaient été examinées souvent; un certain nombre étaient sous le coup de néphrite grave; dans un cas, l'enfant était très petit; dans un autre, le cordon prolabé, battait mal. Dans tous ces cas, la perforation de l'enfant vivant fut certainement l'intervention la moins dangereuse pour la mère.

3e *groupe :* 3 femmes avec sténose pelvienne absolue, mais chez lesquelles les conditions nécessaires pour une césarienne, destinée à sauver l'enfant, n'existaient pas (examens répétés au dehors, long voyage, gonorrhée).

4e *groupe :* 8 femmes amenées à la clinique dans un état grave (tympanie, tétanie utérine, fièvre), après avoir subi en ville plusieurs tentatives de délivrance.

5e *groupe :* 3 cas où il s'agissait de maladies générales graves de la mère (tuberculose laryngée et ulcération tuberculeuse au niveau de la portion vaginale du col; affection cardiaque non compensée; néphrite avec dyspnée intense).

6e *groupe :* 10 femmes; il s'agit de celles qui depuis un certain temps étaient en observation dans la clinique même. Abstraction faite de deux chez lesquelles il s'agissait de fœtus hydrocéphales, restent 8 femmes au cours de l'accouchement desquelles surgirent des accidents inattendus :

Cas 1. — 31 ans, IIpare, bassin obliquement rétréci du côté gauche avec un conjugué vrai de 8 centimètres ; grossesse à neuf mois, enfant petit; on comptait sur un

accouchement spontané. On prépara les parties molles à l'aide d'un colpeurynter. Malheureusement, il y eut rupture prématurée de la poche des eaux. Au bout d'une heure et demie la tête fœtale ne s'engageait pas; forte distention du segment inférieur, anneau de contraction. Il fallait accoucher la femme et on ne disposait que de la perforation. Car les conditions requises pour une césarienne n'étaient pas réunies, et, d'autre part, le type du rétrécissement (oblique) contre-indiquait la symphyséotomie. *On ne faisait pas encore l'hébotomie.*

Cas 2. — Ipare, 31 ans, bassin généralement rétréci. Conjugué vrai, 9 centimètres. Tête déjà engagée dans le bassin mais ne progressant plus; rupture des membranes datant de cinq jours. Anneau de contraction; tentatives de forceps qui, en dépit de fortes tractions, échouèrent. — *Il n'y avait qu'à faire la perforation*, — car la symphyséotomie eût inévitablement produit des lésions chez cette primipare âgée.

Cas 3. — Ipare, 28 ans, bassin généralement rétréci. *Vera*, 8 centimètres, la tête en présentation du pariétal postérieur, fixée au détroit supérieur. Tentative infructueuse pour améliorer la présentation. Finalement, à cause de l'imminence de la rupture de la matrice et du tumulte des contractions, nécessité de la perforation. A cause de la mauvaise orientation de la tête, on ne procéda pas à la symphyséotomie. Plutôt l'hébotomie eût-elle été de mise dans ce cas.

Cas 4. — Ipare, 21 ans, bassin plat rachitique, généralement rétréci. *Vera*, 8 centimètres et demi. *Sub partu*, T., 39°,4, P., 108; tête mobile en présentation du pariétal antérieur. Anneau de contraction au niveau du nombril, *imminence de rupture*, perforation.

Cas 5. — Ipare, 17 ans, bassin rachitique plat, généralement rétréci (*Vera*, 8 centimètres et demi), contractions utérines vigoureuses, on comptait sur un accouchement spontané. Mais, pas d'engagement de la tête fœtale, affaiblissement et cessation des douleurs; anneau de contraction. *Perforation*. Il était déjà trop tard pour tenter une autre opération pour sauver l'enfant.

Cas 6. — 36 ans, VIIIpare, bassin plat rachitique généralement rétréci (*Vera*, 7 centimètres et demi). A la rupture de la poche des eaux, tentative de version, rendue impossible par un anneau de contraction très accusé. *Perforation*. A l'heure actuelle, *en semblables conditions, on eût fait l'hébotomie.*

Cas 7. — Ipare, 23 ans, cicatrice abdominale, reste d'une cæliotomie pour ventrofixation. Bassin généralement rétréci. Orifice externe très dur par effet d'une vaginite granuleuse, dilatation à la Bossi. A cause de la présence d'un anneau de contraction, de la vaginite et des nombreux examens déjà faits, *perforation*.

Cas 8. — Ipare, 22 ans, bassin plat rachitique, généralement rétréci (*Vera*, 7 centimètres trois quarts, néphrite grave); formation rapide d'un *anneau de contraction*, et à cause de ces conditions réunies, *perforation*.

Si l'on soumet ces cas au contrôle de l'expérience actuelle, on peut penser que l'hébotomie eût permis de sauver les enfants dans les cas 1, 2, 3, 6 et 8. Mais antérieurement, étant donné l'observation de la marche du travail et l'état de la mère, il est non douteux que la perforation de l'enfant vivant constituait pour celle-ci l'opération la moins dangereuse. *Erst die Mutter und dann das Kind !*

L'auteur s'occupe ensuite du deuxième groupe, beaucoup moins intéressant pour le *principe de pratique au débat*, des perforations sur l'enfant moribond.

R. L.

De l'emploi du forceps dans la thérapie des sténoses pelviennes dans le but de sauver l'enfant (Ueber die Zange in der Therapie des engen Beckens zur Rettung des Kindes). LEISEWITZ, *Ibid.*, p. 686.

Du 1er janvier 1894 au 1er janvier 1907 — soit en 13 années — sur un total



de 27.138 accouchements, on a fait à la clinique de Dresde 697 applications de forceps, soit 2,55 p. 100 : *a*) *dans le but spécial de sauver l'enfant* 440 fois, soit 63,13 p. 100; *b*) dans l'intérêt exclusif de la mère 99 fois, soit 14,2 p. 100 ; *c*) dans l'intérêt des deux 158 fois, soit 22,67 p. 100. Donc, le plus souvent, on appliqua le forceps pour sauver l'enfant (ralentissement, accélération anormale des doubles battements fœtaux, expulsion de méconium, prolapsus divers, etc.). A comparer les diverses statistiques de la clinique de Dresde à d'autres de diverses Maternités, on obtient le tableau suivant :

	Pour l'enfant	Pour la mère	Pour les deux
Dresde *a*)	57,2	28,0	29,9
Dresde *b*)	65,9	29,0	5,6
Dresde *c*)	63,13	14,2	22,67
Munich	66,6	19,9	9,7
Prague	52,83	41,5	6,6
Bâle	18,5	63,3	17,2
Wurtzbourg	57,8	41,0	1,2
Halle	37,2	41,1	21,5

R. — L'auteur fait observer, à propos de ces chiffres comparatifs, que dans certaines cliniques on fait plus souvent des applications de forceps dans un *but d'instruction pratique*, tandis qu'*à Dresde cette indication n'est jamais admise*.

Par rapport aux *variétés de sténoses pelviennes*, les 440 applications de forceps faites pour sauver l'enfant se répartissent ainsi :

Bassin généralement rétréci	299 cas	= 66,5 p. 100
— normal	109	= 78,9 —
— plat	47	= 60,2 —
— plat rachitique	39	= 65,6 —
— — — généralement rétréci	16	= 50,0 —
	440 cas	

Abstraction faite des bassins normaux, avec lesquels d'autres facteurs entrèrent en jeu, le pourcentage le plus élevé d'applications de forceps correspond aux bassins généralement rétrécis, ce qui tient à l'extension jusqu'au détroit inférieur du rétrécissement, circonstance qui augmente les dangers d'asphyxie de l'enfant (1).

Ces 440 cas *terminés par le forceps, avec, comme but, le salut de l'enfant*, ont donné, comme *décès d'enfants*, sériés d'après la cause du décès :

Fracture ou compression	15 enfants
Asphyxie	32 —
Maladie	16 —
	63 enfants

comme *survivants* 377 = 85,68 p. 100. Soustraction faite des enfants

(1) Voir *Annales de Gyn. et d'Obst.*, mars 1907, p. 181, les idées sur le *pronostic* dans les différentes sténoses pelviennes, émises par K. Baisch.

morts de maladie et non du fait de l'intervention, le chiffre de la *survivance* devient 85,68 p. 100.

Si à ces chiffres qui correspondent aux seules applications de forceps faites pour sauver l'enfant, on ajoute les cas dans lesquels l'on intervint dans l'intérêt double de l'enfant et de la mère, on a : 598 cas avec 529 enfants survivants, soit 84,46 p. 100; *mortalité infantile expurgée*, 11,54 p. 100, qui, comparée à celle établie par d'autres auteurs, donne le tableau suivant :

Munchmeyer (1883-1888)	13,4 (9,5)
Wahl (1889-1894)	21,2
Leisewitz (*Dresde*) (1894-1906)	11,54
Winckel (1883-1902)	15,5
Collin	23,8
Chroback	23,62
Schauta	4,6
Schick (1891-1894)	11,3 (3,7)

En ce qui concerne la *mortalité maternelle*, expurgée et rapportée à l'ensemble des applications de forceps, elle tombe à 0,58 p. 100.

Quant à la *morbidité maternelle*, si l'on tient compte des plus petites lésions qui nécessitèrent la suture, il y eut lésions 513 fois, soit 73,6 p. 100 (déchirures vagino-périnéales, 279 fois; déchirures vagino-périnéales complètes, 6 fois; déchirures du col, 32; épisiotomie, 184 fois; incision du col, 11; incision du périnée, 1; fistule vésico-vaginale, 1).

Conclusions. — Grâce à une détermination très judicieuse des indications et à beaucoup de prudence, le forceps, en dépit du grand nombre des sténoses pelviennes, permit souvent de réaliser le but visé, « *sauver l'enfant* », mais, à la vérité, au prix de fréquentes blessures de la mère. Aussi, ce principe est-il encore maintenu à la clinique de Dresde : *Dans les cas de sténose pelvienne, l'application de forceps n'est pas une opération inoffensive pour la mère* ; et, en pratique générale, ses indications doivent être posées très exactement.

D'autre part, il convient de reconnaître que, dans certains cas de la clinique de Dresde, il eût été préférable d'intervenir plus tôt *dans l'intérêt de l'enfant.*

Finalement, *il faut, surtout en pratique privée, proscrire absolument le* « FORCEPS HAUT » et lui substituer l'hébotomie, opération moins grave.

Et si dans certains cas, pour des raisons quelconques, le praticien ne peut pratiquer l'hébotomie, qu'il ne tarde pas trop de pratiquer la perforation, *même sur l'enfant vivant* (1).

R. L.

(1) Tous ces mémoires, établis avec des matériaux de la *Frauenklinik* de Dresde, reflètent spécialement les idées du professeur Léopold.



BIBLIOGRAPHIE

Le placenta humain comme organe d'assimilation (Die menschliche Placenta asl Assimilationsorgan). Hofbauer, *Sammlung klinische Vortrage*, 1907, n° 454.

Dans cette monographie, l'auteur des *Principes d'une biologie du placenta humain* (1) étudie d'aussi près que possible, étant donné l'état actuel des connaissances sur ce point, les processus bio-chimiques qui s'opèrent au niveau du placenta, non plus simple crible sélectionneur, mais centre actif, foyer d'élaboration, aux dépens d'éléments nutritifs fournis par l'organisme maternel et par l'activité d'agents intra-cellulaires, ferments, etc., des substances alibiles nécessaires à la vie de l'organisme fœtal. Après avoir rappelé que l'orientation nouvelle donnée à l'étude de ces questions est avant tout la conséquence des notions acquises sur les rapports alimentaires de la cellule avec le monde extérieur, sur son remarquable pouvoir de sélection entre les éléments nutritifs qui lui sont offerts, sur son aptitude à modifier ces éléments par processus de dissociation et de synthèse, de façon à les convertir en éléments assimilés et excrétés, etc., Hofbauer étudie successivement quelles modifications peuvent subir, au niveau du placenta, les hydrocarbones, graisses et albuminoïdes. La conclusion générale de cette étude intéressante, dans laquelle l'arrière-faix, détenteur de glycogène et pourvu de ferments, est comparé au foie et à l'intestin, est: *les processus d'assimilation et de résorption, qui chez les adultes s'accomplissent dans le foie, dans le canal intestinal et dans la paroi intestinale, ont, durant la période du développement fœtal, leur siège à la surface de l'œuf, dans la région des villosités du chorion; et dans ces deux systèmes le premier rôle appartient aux actions fermentatives et aux dissociations et synthèses qui en sont les effets.*

R. L.

Handbuch der Gynakologie, par Veit, 2e édition, Bergmann, éditeur. Wiesbaden, T. II, 1907.

Le premier volume du grand traité de gynécologie publié sous la direction de Veit n'a paru qu'il y a quelques mois et déjà nous recevons le deuxième. La rapidité avec laquelle semble paraître cette nouvelle édition est un gage certain du succès. Dans ce second volume on trouve exposées les affections blennorragiques de l'appareil urinaire et des organes génitaux par Bumm, les inflammations de l'utérus par Döderlein, l'atrophie de l'utérus par le même

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1906, p. 300.

auteur, les maladies de l'appareil urinaire par Stoeckel. Tous ces chapitres ont été grandement améliorés par rapport à ceux de la première édition. Les maladies de l'appareil urinaire en particulier constitueraient à elles seules une monographie importante, la plus complète que nous connaissions actuellement sur cette question, en général assez mal étudiée.

Lehrbuch der Gynakologie, par MAX RUNGE, 3e édition, Julius Sprinjer, éditeur, Berlin, 1907.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de ce manuel, dont la troisième édition vient attester le succès. Ce livre conserve ses caractères de clarté et reste un manuel des plus utiles à ceux qui ne veulent pas avoir le grand traité de Veit.

Anatomie und Ætiologie der Genitalprolapse beim Weibe, par JOSEPH HALBAN et JULIUS TANDLER. Wilhelm Braumüller, éditeur, Vienne et Leipzig, 1907.

Ce livre mérite d'être consulté ; c'est l'ouvrage le plus complet que nous connaissions sur les moyens de fixité de l'utérus, sur la physiologie de sa statique et sur l'anatomie pathologique des prolapsus génitaux. L'intérêt de cet ouvrage réside principalement dans ce fait qu'en plus de 44 figures intercalées dans le texte, il contient 60 planches superbes, reproduction de coupes de prolapsus remarquablement exécutées et permettant mieux que toutes les descriptions de se rendre compte de l'état des lésions.

Contribution à l'étude du déciduome malin, par TRILLAT et VIOLET. O. Doin, éditeur, 1907.

Exposé très complet de la question du déciduome malin, qui pour les auteurs doit être considéré comme un chorio-épithéliome.

De la laparotomie par incision transversale supra-symphysaire de Pfannenstiel, par FRAIPONT. Imprimerie Faust-Truyer, Liège, 1907.

Fraipont se déclare partisan de ce mode d'incision ; il rappelle les travaux de Pfannenstiel, de Küstner, de Rafin, de Krönig, de Menge, de Rihel, de Döderlein, de Stimson, mais ne fait aucune mention d'auteurs français, bien que Segond ait publié des travaux sur ce point et que Hartmann ait inspiré une thèse, celle de Naudet, sur l'incision transversale, ce que rappelle du reste un des auteurs cités par Fraipont, Stimson de New-York.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Albrecht. Die Beziehungen der Flexura sigmoida zum weiblichen Genitale. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 1, p. 216. — **Anspach**. Pathological changes caused by the gonococcus. *Am. J. of Obst.*, 1907, n° 4, p. 467. — **Cameran**. Fibroids and fibro-myomatous tumours in unusual sites. *British med. J.*, août 1907, p. 448. — **Craig**. The utero-sacral ligaments. *Boston med. a. Surg. J.*, juillet 1907, p. 101. — **Cramer**. Einige Beobachtungen über die Funktion der weilblichen Brustdruse. *Am. J. of Obst.*, septembre 1907, 367. — **David**. De l'endoscopie utérine au moyen d'un hystéroscope à éclairage interne. *Tribune médicale*, 1907, p. 437. — **De Pace**. Sulla sifilide utero-annessiale. *La Clinica ostetrica*, septembre 1907. — **Ferronni**. Sugli effetti delle iniezioni sperimentali di estratti di corpo luteo. *Annali di ost. e gynec.*, 1905, n° 5, p. 405. — **Glucksmann**. Congestive Zustande in der weiblichen Sexualsphare und Appendicites. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1907, n° 34, p. 1080. — **Iwai**. A statistical study on the polymastia of the Japanese. *The Lancet*, septembre 1907, p. 753. — **Kronig**. Uebung und Schonung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907, p. 1528. — **La Torre**. Contributo all' anatomia pathologia degli organi genitali in una vergine. *Clinica ostetrica*, août 1907, p. 361. — **Pankow**. Warum muss bei gynæk. Operationen der Wurmforsatz mit entfernt werden? *Münch. med. Wochensch.*, juillet 1907, p. 1475. — **Reynolds**. The causes and treatment of sterility in women. *Am. J. of the med. sc.*, août 1907, p. 209. — **Torkel**. Sterilital des Weibes. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1907, p. 381.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Bowée**. The use of iodine catgut in abdominal surgery. *Am. J. Obst.*, septembre 1907, p. 366. — **De Bovi**. Le drainage en gynécologie. *Semaine médicale*, 1907, p. 397. — **De Herff**. Ueber gynäkologische Massage, insbesondere über die Erschütterungs Massage (mit 8 Abbildungen). *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907, p. 1532. — **Littauer**. Eine Sterilisierdose für den Gummihandschuh. *Zent. f. Gynæk.*, 1907, n° 28, p. 872. — **Schwab**. Die Erfolge der Pessartherapie in der gynäkologischen Praxis. *Münch. med. Wochensch.*, juillet 1907, p. 1433.

VULVE ET VAGIN. — **Chiaje**. Di un caso raro di endotelioma delle piecole labbra con metamorfosi sarcomatosa. *Annali di ost. e gynec.*, 1907, n° 5, p. 451. — **Doran**. Malignant vaginal polypous secondary to an adrenal tumour. *J. obst. a. gynec. of Brit. Emp.*, uin 1907, p. 449. — **Fievez**. Adénome de la paroi vaginale *Semaine gynécologique*, septembre 1907, p. 282. — **Fraenkel**. Die vaginale Incision. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 1, p. 171. — **Hellier**. Suppurating vaginal cysts. *British med. J.*, juillet 1907, p. 76. — **Hicks**. Primary Chorionepithelioma outside of the uterus, with a case of primary embolic chorionepithelioma of the vagina. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, août 1907, p. 119. — **Kaan**. Vaginal implantation of adenocarcinoma of the uterus. *Med. Record*, juillet 1907, p. 61. — **Pichevin**. De la gonococcie latente. *Semaine gynécologique*, août 1907, p. 273. — **Pichevin**. A propos de la Bartholinite. *Semaine gynécologique*, septembre 1907, 297. — **Wilson**. A case of primary epithelioma of the vagina, showing autoinoculation or contact infection. *British med. J.*, septembre 1907, p. 794.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Chase**. Traumatic displacements of the nongravid uterus. *Am. J. Obst.*, juillet 1906, p. 59. — **Graves**. Retroversion and its treatment. *Boston med. a. Surg. J.*, juillet 1907, p. 1. — **Wallace**. A modification in the performance of ventrifixation of the uterus. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, août 1907, p. 130.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Aarons**. Medical treatment of uterine hæmorrhagie. *British. med. J.*, février 1907, p. 235. — **Cotte**. Tuberculose inflammatoire de l'utérus. *Gaz. des hôpitaux*, septembre 1907, p. 1227. — **Dickson**. Acute streptococcal septicœmia occuring at the menstrual period. *British. med. J.*, septembre 1907, p. 791. — **Englander**. Oberflächliche Nekrose der Scheidenschleimhaut im Verlaufe einer Entzundung des Beckenbindegewebe. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 16, p. 649. —

Giolli. Studio sulla flora batterica patogena della cavita uterina nelle endocerviciti endometriti esclusa le infiezioni puerperali acute. *Archivio italiano di ginec.*, avril 1907, p. 113. — **Glasgow.** Primary dysmenorrhea. *Med. Record*, août 1907, p. 177. — **Hamonic.** Un cas de métrite hémorragique développée chez une vierge. *Rev. clin. d'androl. et de gyn.*, juillet 1907, p. 198. — **Hartje.** Ueber die Beziehungen der sogenannten papillären uterusdrüsen zu den einzeln Menstruationphasen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1907, p. 15. — **Larrabee.** Vicarious menstruation with a report of two cases. *Boston med. a. Surg. J.*, août 1907, p. 215. — **La Torre.** Dobbiama nell' amenorrea sintomatica praticare immediatamente la castrazione et l'innesto ovarico o sperimentare prima l'azione elettrica? *Clinica ostetrica*, 1907, p. 269. — **Lomon.** La pyométrie. *La Tribune méd.*, août 1907, p. 550. — **Monod.** Infection utérine. *J. de méd. et de chir.*, juillet 1906, p. 195. — **Natanson.** Ueber das Vorkommen von Plattenepithel in Uterus von Kindern. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1907, p. 350. — **Pichevin.** Du chancre syphilitique du col utérin. *Semaine gynécologique*, juillet 1907, p. 109. — **Turan.** Zur Behandlung des chronischen Gebärmutterkatarrhs. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907, p. 1496.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bauer.** Chorionepithelioma malignum nach Blasenmole und nach Abortus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907, p. 1536. — **Blacker.** A case of chorion epithelioma of the uterus with lutein cysti in both Ovaries. *J. of obst. a. gyn. British Emp.*, juin 1905, p. 479. — **Bossi.** A proposito di profilassi del cancro dell'utero e del buon nome della ginecologia italiana. *Clinica ostetrica*, 1907, p. 265. — **Fellander.** Ein Fall von Elephantiasis endometri fibrosarcomatosa gigantocellularis. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 1, p. 144. — **Fieme.** Traitement simple et guérison de deux cas de rupture utérine sous-péritonéale. *Gaz. hebdom. scien. méd. de Bordeaux*, août 1907, p. 397. — **Griffith.** A case of chorionepithelioma complicated by hœmatometra. *J. Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, août 1907, p. 136. — **Grimond.** Cancer du col et grossesse. *Gaz. des hôpitaux*, septembre 1907, p. 1251. — **Hedren.** Zur Frage der Zerrung und spontanen Trennung des Uteruskorpers vom Collum Uteri bei Uterus myomen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 1, p. 164. — **Hirst.** Fibromyomata of the round ligament. *Surgery, Gyn. and Obst.*, juin 1907, p. 715. — **Keer.** A case of complete ruptur of the uterus, with escape of the fœtus into the peritoneal cavity, panhysterectomy : recovery. *British med. J.*, août 1907, p. 445. — **Lauhenburg.** Zur Frage der Myomoperationen in der Schwangerschaft. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 16, p. 643. — **Lockyer.** The operative treatment of carcinoma of the cervix. *British med. J.*, août 1907, p. 443. — **Malcolm.** On the advisibility of removing the cervix in performing hysterectomy for fibromyomatous uterine tumours. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1907, n° 5, p. 365. — **Paul Kroemer.** Klinische Beobachtungen über Ætiologie und Therapie des Chorionepithelioms, insbesondere über die Behandlung der Blasenmole. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907, p. 1294. — **Pichevin.** Du traitement électrique dans les fibromyomes utérins. *Semaine gynéc.*, août 1907, p. 265. — **Schauenstein.** Ein Beitrag zur Frage der Entstehung der Plattenepithelkarzinome der Schleinshautoberflache deus Uterus auf Grundlage einer sogenannten Psoriasis uteri. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 14, p. 574. — **Schauenstein.** Ein Beitrag zum Frage der Ensttehung der Plattenepithelkarzinome der Schleimhautoberfläche des Uterus auf Grundlage einer sogenannten Psoriasis uteri. *Gynæck. Rundschau*, 1907, Hft. 15, p. 605. — **Schuhl.** Opération césarienne pour cancer du col de l'utérus. *Revue méd. de l'Est*, août 1907, p. 504. — **Spencer.** Fibromyomatous uterus weighing over seven pounds, removed from a womam aged 22. *Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, septembre 1907, p. 218. — **Spencer.** Measures to secure the earlier recognition of uterine cancer. *British med. J.*, août 1907, p. 431. — **Stark.** Hysterectomy in a case of fibroid tumour of the uterus fermily bound by adhesions. *Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, juillet 1907, p. 42. — **Stark.** Fibromyoma of the cervix uteri, weighing 17 1/2 livres. *J. of Obst. a. Gyn. british Emp.*, juin 1907, p. 486. — **Strassmann.** The indications for operations on uterine fibroids and the methods of performing them. *British med. J.*, août 1907, p. 446. — **Swagne.** Chorion epithelioma. *British med. J.*, août 1907, p. 440. — **Veit.** Die abdominale Exstirpation des carcinomatösen Uterus. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1907, n° 25, p. 768. — **Zurhelle.** Zur Statistik des Gebarmutterkrebses. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 2, p. 246.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Boldi.** Shall the operative treatment of gonococcal salpingo-oophoritis be conservative or radical ? *Am. J. of Obst.*, 1907, n° 4, p. 449. — **Lockyer.** Bilateral primary tuberculous salpingitis with secondary infection of the perivascular lymphatic of the uterine wall. *Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, juillet 1907, p. 45. — **Pichevin.** Paramétrite. Juillet 1907, p. 217. — **Pichevin.** Appendicite ou ovaro-salpingite. *Semaine*

gynéc., septembre 1907, p. 289. — **Whiteford**. A case of spreading peritonitis cured by drainage of pelvis, the fowler position, and rectal installation of the saline solution. *British med. J.*, juillet 1907, p. 77. — **Wilson**. On pelvic inflammation in the female. *J. Obst. and Gyn. of brit. Empire*, août 1907, p. 95.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Adler**. Seltene ovarialveranderungen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, juillet 1907, p. 53. — **Chauvel**. Sarcome kystique de l'ovaire chez un hermaphrodite d'aspect masculin. Ablation. Survie de cinq mois et demi. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*. Paris, juillet 1907, p. 947. — **Courvay**. Calcareous fibro-myoma of the right ovary complicating delivery in a primigravida aged 22. *J. Obst. and Gyn. of brit. Empire*, août 1907, p. 144. — **Kerrawalla**. Notes on a case of carcinoma of both ovaries. *The Lancet*, août 1907, p. 431. — **Lortat-Jacob et Laubry**. Athérome expérimental et ovariotomie. *La Tribune médicale*, août 1907, p. 533. — **Pauchet V.** (Amiens). Tumeur végétante de l'ovaire. Infiltration néoplasique de l'intestin, vessie, uretère, péritoine pelvien. Castration totale, ligature des hypogastriques. Résection du péritoine pelvien, de la vessie, des uretères, de l'intestin. Guérison. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1907, p. 343. — **Penkert**. Doppelseitiges Fibrocystom an unveranderten ovarien. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, juillet 1907, p. 46. — **Pichevin**. Des kystes malins de l'ovaire. *Semaine gynéc.*, juillet 1907, p. 241. — **Pichevin**. Ablation des annexes par voie vaginale. *Semaine gynéc.*, juillet 1907, p. 225. — **Pichevin**. De la conservation des annexes dans l'ovaro-salpingite. *La Semaine gynéc.*, septembre 1907, p. 281. — **Sampson**. The relation of ovarian cysts to abdominal and pelvic pain. *Surgery, Gyn. and Obst.*, juin 1907, p. 685. — **Vincent**. Kystes dermoïdes de l'ovaire; quelques considérations au point de vue du diagnostic de la neurasthénie. *Bull. Soc. chir. de Lyon*, 1907, n° 5, p. 165.

ORGANES URINAIRES. — **Bishop**. Mobile kidney with a. description of an operation for anterior nephropexy. *The Lancet*, août 1907, p. 283. — **Bullard**. Obstetric paralysis. *Am. J. of med. sc.*, juillet 1907, p. 93. — **Gallaut**. The long-waisted woman and her movable kidney. *Med. Record*, juillet 1907, p. 141. — **Garceau**. Treatment of tubercular and non tubercular cystitits in the female. *Am. J. Obst.*, septembre 1907, p. 289. — **Lutaud**. De l'utéro-cystonéostomie dans le traitement des fistules urétéro-vaginales et uretéro-cervicales; ses autres indications. *Archives générales de médecine*, 1907, p. 481. — **Pichevin**. De la blessure de l'uretère. *La Semaine gynécologique*, Paris, 26 mars 1907, p. 97.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Heineck**. Des grossesses extra-utérines. Leurs terminaisons. Leur traitement d'après une statistique de 40 cas personnels. *Union méd. du Canada*, juin 1907, p. 377. — **Rabb**. Ectopic gestation with special reference to the treatment of tubal rupture. *Am. J. Obst.*, juillet 1906, p. 6.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Dauber**. A consideration of some of the factors which contribute to success in abdominal operations. *British med. J.*, septembre 1907, p. 792. — **Noble**. The abdominal wound, its immediate and after care. *Am. J. Obst.*, septembre 1907, p. 328. — **Parsons**. Notes on a series of 100 consecutive abdominal sections in hospital practice. *British med. J.*, août 1907, p. 452. — **Pichevin**. Laparotomie avec gants. *Semaine gynéc.*, juillet 1907, p. 233. — **Stephen**. Complications arrising in the kidneys and ureters following abdominal operations. *Am. J. Obst.*, septembre 1907, p. 358. — **Thomson**. A résume of Kocher's work in abdominal surgery. *Edinb. m. J.*, septembre 1907, p. 208.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Cord**. Painless labour. Report of a case due to a destructive lesion of the spinal. *Boston med. a. Surg. J.*, juillet 1907, p. 14. — **Hardie**. On the treatment of occipito-posterior presentations. *J. Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, septembre 1907, p. 213. — **Mueller**. Ueber die Vorkommen von Deflexionslagenhabitus und Deflexionslagenkopfform bei Beckenendlagen. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 32, p. 979. — **Remy**. Trois cas de mort pendant la période d'expulsion de l'accouchement. *Rev. méd. de l'Est*, juin 1907, p. 321. — **Thies**. Ueber Gesichtslage. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 28, p. 867

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. ANATOMIE. PATHOLOGIQUE. EMBRYOLOGIE. — **Bardeleben**. Streptococcus und Thrombose. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 2, p. 1. — **Cova**. Ueber ein meinschliches Eider zweiten Woche. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 1, p. 83. — **Fabre**. Radiographie du bassin et du fœtus pendant la grossesse. *Bull. Soc. chirurgie de Lyon*, 1907. n° 5, p. 169. — **La Torre**. Dei centri nervosi autonomi dell'utero e dei suoi nervi. *Archivio*

italiano di gynec., 1907, n° 5, p. 174. — **Rebaudi.** Le piastrine del sangue durante la gravidanza, il parto, il puerperio, i catameni ed i primi giorni di vita dei neonati. *Archivio italiano di ginec.*, juillet 1907. — **Sittori.** Sul contegno delle isole del Langerhans in gravidenza ed in puerperio. *Annali di ost. e ginec.*, 1907, n° 5, p. 433.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Bouchacourt.** Étude critique sur le lever précoce après l'accouchement physiologique. *La Presse médicale*, juin 1907, p. 378. — **Fruhinsholz.** De quelques restrictions à la thérapeutique intra-utérine chez les nouvelles accouchées. *Rev. méd. de l'Est*, juillet 1907, p. 441.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Coquatrix.** Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et sa communication interventriculaire; grossesses multiples. *La Tribune méd.*, août 1907, p. 486. — **Gillehenshaw.** Male triplets with eclampsia in a patient aged 16 years. *The Lancet*, juillet 1907, p. 167.

DYSTOCIE. — **Hurdon.** Dystocia following ventrofixation of the Uterus. *Am. J. of Obst.*, juillet 1907, p. 24. — **Mouchotte.** Dystocie par tumeur kystique pelvi-abdominale. *La Tribune méd.*, août 1907, p. 549. — **Myr.** Two cases of dystocia due to ovarian cysts. *Am. J. of Obst.*, mai 1907, p. 658. — **Rosenberger.** Hœmatoma (thrombus vulvæ als Geburtshendernis. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 17, p. 686.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Barr.** A report of two cases of extrauterine pregnancy. *Am. J. of Surg*, juillet 1907, p. 204. — **Fieux.** Grossesse extra-utérine abdominale. *Gaz. hebdom. des sc. méd.*, juin 1907, p. 309. — **Moss.** Extra-uterine pregnancy in Madagascar. *J. Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, août 1907, p. 195. — **Taylor.** Ectopic gestation. *Am. J. of Surg.*, septembre 1907, p. 278.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Kamann.** Ueber Melœna spuria. *Gynæk. Runschau*, 1907, Hft. 14, p. 569. — **Ménétrier et Touraine.** La pneumomie du fœtus. *Tribune méd.*, septembre 1907, p. 581. — **Mc Donald.** Die Messungen des Kindes in utero mit neuen Methoden. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1907, p. 328. — **Opocher.** Per lo studio degli anencefali. *Annali di ost. e. gynec.*, 1907, n° 6, p. 495. — **Pfaundler.** Ueber die Behandlung der angeborenen Lebenschwache. *Münch. méd. Wochensch.*, juillet 1907, p. 1482. — **Risel.** Ein Beitrag zur Statistik der Sauglingsmorbiditat. *Münch. med. Wochensch.*, août 1907, p. 1684. — **Ringel.** Zur Kasuistik der angeborenen Nabelschnurbruche (Ectopia Visceria). *Münch. med. Wochensch.*, août 1907, p. 1679. — **Seitz.** Ueber operative Behandlung intrakranieller Blutergusse bei Neugeborenen. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 30, p. 921. — **Unger.** Cyklopode. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, septembre 1907, p. 376. — **Walker.** Spontane intrauterino Zerreissung der Nabelschnur bei abnorme Kurze derselben. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 10, p. 404.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bäcker,** Ein Fall von Pubiotomie. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 18, p. 713. — **Brun.** Tre case di pubiotomia eseguiti col metodo sotto cutaneo. *Annali di ost. e. ginec.*, 1907, n° 6, p. 489. — **Frey.** Ueber beckenerweiternde Operationen. *Mon f. Geb. und Gyn.*, septembre 1907, p. 338. — **Friedmann.** Soll bei vaginalen Kaiserschnitt der Uterus nur durch vorderen Langsschnitt oder gleichzeitig hinten unde vorn eroffnet werden. *Gynæk Rundschau*, 1907, Hft. 15, p. 616. — **Gaus.** Beckenspaltung in der Schwangerschaft, ausgeführt aus absoluter Indikation. *Zent. f. Gynæk.*, 1907, n° 28, p. 857. — **Gibson.** Pubiotomy with notes of three cases. *Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, 1907, n° 5, p. 377. — **Henkel.** Zur Indikation und Technik der Hebosteotomie. *Münch. mediz. Wochensch.*, juillet 1907, p. 1368. — **Hirigoyen.** Rétrécissement rachitique. Symphyséotomie. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. Bordeaux*, sept. 1907, p. 414. — **Jardine.** The justification for artificial dilatation of the cervix to hasten delivery at full time. *British med. J.*, août 1907, p. 426. — **Kynoch.** A series of five cases of cœsarean section for contracted pelvis. *Edinb. m. J.*, sept. 1907, p. 221. — **Léon Maire.** Nouvelle opération destinée à remplacer la symphyséotomie. *Presse médicale*, 1907, p. 546. — **Max v. Holst.** Wie operieren wir am rationellsten, mit besondere Berücksichtigung de Pfannenstielschen Querschnittes ? *Ginæk. Rundschau*, 1907, p. 681. — **Menge.** Zur Indikations sellung bei den heckenerweiternden Operationen. *Münch. med. Wochensch.*, juillet 1907, p. 1465. — **Offergeld.** Chemische und histologische Beitraget zur Pubotomie. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, juillet 1907, p. 67. — **Rossier.** Deux cas d'hébostéotomie (pubiotomie). *Revue méd. Suisse romande*, août 1907, p. 621. — **Sellheim.** Wie soll man die Technik der Symphysiotomie oder Hebosteotomie lernen ? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907, p. 887. — **Spire.** Considérations sur l'accouchement prématuré et ses causes basées sur une statistique de la Maternité de Nancy. *Rev. méd. de l'Est*, mai 1907, p. 267. — **Truzzi.** Ein Vorschlag zur Erzielung einer dauernden Beckenerweiterung durch Pubotomie. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 30, p. 930. — **Walcher.** Zur Technik der Hebosteotomie. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 30, p. 929.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Alzheimer.** Ueber die Indikationen fur eine kunstliche Schwangerschafts unterbrechung bei Geisteskranken. *Münch. med. Wochensch.*, août 1907, p. 1617. — **Aschoff.** Die Dreiteilung des Uterus, die untere Uterusegment (Isthmusegment) und die Placenta prœvia. *Berlin, klin. Wochensch.*, 1907, n° 31, p. 979. — **Baras.** Sur deux cas d'infection puerpérale traités par injection intra-veineuse de collargol. *Rev. méd. de l'Est*, août 1907, p. 206. — **Baudet et Picqué.** Plaies de l'intestin et de l'utérus gravide par balle de revolver. Suture de quatre perforations de l'intestin grêle et d'une perforation utérine. *Bull. Soc. chirurgie*, juillet 1907, p. 779. — **Bewersdorff.** Ueber einen mit Streptokokenserum Menzer behandelten Fall von puerperaler Pyoemie. *Münch. med. Wochensch.*, juillet 1907, p. 1482. — **Blanc.** Mastite puerpérale de gravité exceptionnelle à forme pyohémique : guérison. *Revue médic.*, sept. 1907, p. 321. — **Blumreich.** Zur Frage spontaner Cervixverletzung beim Abort und deren forensische Bewertung. *Berlin klin. Wochensch.*, 1907, n° 28, p. 890. — **Boquel.** Sur la procidence du cordon. *Archives méd. d'Angers*, 1907, n° 15, p. 401. — **Erchia (d').** Contributo allo studio patogenetico della eclampsia puerperale. *Archivio italiano di gynecol.*, 1907, n° 5, p. 153. — **Frankel.** Ueber intra-uterin Eischwund. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 28, p. 864. — **Gomez.** Influencia de las metritis sobre el embarazo, el parto y el puerperio. *Revista Obst.*, 1907, n° 3, p. 61. — **Herbert Marion Stowe.** Prolapsus funis. Its etiology and a new method of treatment in cephalic presentation a rewew Fifty one cases. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1907, p. 96. — **Jardine.** Epilepsy a. the status epilepticus in connexion with pregnancy and labour, with illustrative cases. *J. Obst. and Gyn. of brit. Empire*, juillet 1907, p. 28. — **Léonard.** Placenta prævia. *Am. J. of Surgery*, juillet 1907, p. 197. — **Longridge.** The relation of alterations in the amonia co-efficient to the toxœmia of pregnancy. *J. Obst. and Gyn. of brit. Empire*, juillet 1907, p. 48. — **Mc. Kerron.** The induction of labour in prolonged pregnancy. *Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, 1907, n° 5, p. 397. — **Merkel.** Ein Fall von Angina am Ende der Graviditat mit tödlichen Streptokokkensepsis im darauffolgenden Wochenbett. *Münch. med. Wochensch.*, juin 1907, p. 1277. — **Mulert.** Ein Fall von kompletter Uterusruptur in der Geburt. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907, p. 1498. — **Neu.** Epilepsie und Gravididat. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, juillet 1907, p. 27. — **Pichevin.** Du traitement de l'infection puerpérale. *Semaine gynéc.*, août 1907, p. 249. — **Pichevin.** Des infections intercurrentes qui simulent l'infection puerpérale. *Semaine gynéc.*, août 1907, p. 257. — **Preiss.** Ueber rezidivierende abundante Magendarmblutungen im letzten Monate de Schwangerschaft. *Gynæk. Rundschau*, 1907, Hft. 28, p. 725. — **Rebaudi.** Infezioni e pseudo-infezioni puerperali da bacterium coli. *La Clinica ostetrica*, juillet, 1907, p. 289. — **Reinecke.** Ueber Eklampsie ohne Krämpfe. *Münch. med. Wochensch.*, juillet 1907, p. 1522. — **Remy.** Rétroversion de l'utérus gravide. *Rev. méd. de l'Est*, mars 1907, p. 171. — **Ruppaner.** Eine Sturzgeburt mit Verletzung der Vulva. *Gynœk. Rundschau*, 1907, Hft. 90, p. 412. — **Sheill.** Eclampsia and nephrectomy. *J. of Obst. u. Gyn. british Emp.*, juin 1907, p. 491. — **Stowe.** The treatment of post partum hemorrhage with a new method of hemostasis. *Surgery, Gyn. and Obst.*, juin 1907, p. 751. — **Tantorri.** Grave caso di osteomalacia guarito con le iniezoni di adrenalina al millesimo second il metodo Bossi. *La Clinica ostetrica*, juillet 1907, p. 303.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Eisenstein.** Eine Steisszange. *Gynæk. Rundschau*, 1906, Hft. 16, p. 650. — **Furst.** Sterile Wendungschlinge aus hydrophilin Mullstofle. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 32, p. 981. — **Samuel.** Ueber den Toporski'schen Uterustratheter. *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 32, p. 977.

VARIA. — **Ballantyne.** The « Birth of Mankynde ». *Obst. and Gyn. of brit. Emp.*, septembre 1907, p. 175. — **Bosc.** Notes pratiques d'obstétrique. *Gaz. méd. du Centre*, septembre 1907, p. 129. — **Hergott.** Avant-projet d'une nouvelle Maternité à Nancy. *Revue méd. de l'Est.*, février 1907, p 97. — **Horrocks.** An address on the instruction of midwives in the symptoms and signes of abnormal labour. *British med. J.*, septembre 1907, p. 785. — **Iwall.** Relation of polymastia to mithparous birth. *The Lancet*, septembre 1907, p. 818. — **Lafond.** Influence des produits de la digestion peptique sur la durée et la marche de la gravidité chez des femelles de lapins. *Gaz. hebd. des sc. méd. Bordeaux*, septembre 1907, p. 409. — **Schubert.** Die Bedeutung des Zweifelschen Bluteagulunm. *Am. J. of Obst.*, septembre 1907, p. 357. — **Wells.** An appreciation of the Work of Dr H. Guarrigues in introducing asepsis into obstetric practice. *Am. J. Obst.*, juillet 1907, p. 1.

Le Gérant : G. STEINHEIL

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, rue Notre-Dame-de-Lorette.



DE LA CONSERVATION DES OVAIRES DANS L'HYSTÉRECTOMIE

Discussion a la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, avril-juillet 1907.

La discussion de cette importante question a été provoquée, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris par une communication de M. Doléris. Voici, d'une part, le mémoire de M. Doléris, d'autre part les principaux points mis en lumière au cours de la discussion.

I. — MÉMOIRE DE M. DOLÉRIS.

La conservation d'un ovaire ou d'un fragment d'ovaire dans l'hystérectomie est loin d'être considérée par tous les gynécologues comme une pratique réellement utile.

Il y a à cela de bonnes raisons. D'abord, l'avantage de la conservation d'une portion d'organe souvent altéré dans sa structure paraît fort problématique. Ensuite, si tant est que l'on considère la sécrétion interne de l'ovaire comme d'importance primordiale, il faut tout de même convenir que cette sécrétion réduite à un seul des ovaires ou même à un fragment ne paraît pas devoir concourir pour beaucoup à l'équilibre physiologique tant visé ! Il m'a toujours semblé qu'il y avait là une sorte de fétichisme thérapeutique très critiquable, dans tous les cas une hypothèse très aventurée.

Sur quoi s'est-on fondé pour incriminer la suppression des ovaires en tant qu'opération nuisible à l'humorisme normal et, par contre-coup, à l'état physiologique général de la femme ?

Sur la théorie des sécrétions internes, sur *l'auto-opothérapie* nécessaire, si je puis m'exprimer ainsi.

Et l'on a tiré argument de ce qui se passe quelquefois de fâcheux après la castration double.

Certes je ne viens pas défendre l'abus d'une telle mutilation; mais quand elle est indispensable et qu'elle est pratiquée de toute nécessité,



il faut reconnaître que les suites de l'ablation d'ovaires malades sont fort différentes suivant les cas.

Beaucoup de médecins cependant ne veulent voir que la persistance ou l'apparition de phénomènes nerveux à la suite de la castration, sans faire entrer en ligne de compte les bénéfices obtenus.

Très certainement les critiques *médicaux* sont mal documentés pour juger une telle question, car ils ne sont consultés précisément que par les soi-disant victimes de l'opération.

Les gynécologues sont autrement bien placés pour juger de tels faits et de telles doctrines.

Pour ma part, sur les centaines de cas où j'ai dû recourir au sacrifice des ovaires, il m'a été facile de discerner les espèces; et depuis fort longtemps, mon opinion est solidement établie sur une statistique personnelle.

Il y a toute une catégorie d'opérées qui n'éprouvent ni accidents, ni malaises, ni troubles d'aucune sorte après la castration double. Cette ménopause artificielle et prématurée n'affecte pas fâcheusement les femmes d'un âge avancé, sauf exception rare.

Et la chose s'explique sans commentaire.

Il y a une classe d'opérées jeunes chez lesquelles l'ablation d'ovaires dès longtemps malades n'entraîne pas plus de troubles que chez les précédentes, à moins qu'on appelle troubles les quelques vapeurs, rougeurs de la face, l'émotivité, l'ébranlement léger qui paraissent pendant quelques mois, quand revient le moment périodique du molimen menstruel supprimé.

On ne dira pas que, chez ces femmes qui constituent la majorité dans ma statistique, le défaut de résorption de suc ovarique a été nuisible à la santé.

Reste une troisième catégorie, de beaucoup la moins nombreuse, celle des opérées qui, une fois privées de leurs ovaires, ou bien continuent à souffrir comme auparavant, ou bien présentent des troubles nerveux exagérés. Ce sont celles-là qui ont servi jusqu'ici d'argument aux récriminations des médecins contre les opérations chirurgicales sur les annexes.

Il ne faut pas juger ces cas à la légère et condammer absolument en bloc toutes les protestations.

Il y en a eu, en effet, de fort légitimes, et celles-là sont parties aussi bien du camp des chirurgiens que de celui des médecins;

mais elles n'ont pu accuser que les erreurs et les exagérations.

Mais pour les opérations très logiquement décidées, non moins légitimement et correctement exécutées, si elles ont laissé après elles des douleurs, des troubles nerveux, il faut remarquer qu'il s'agissait, je ne dis pas *quelquefois*, mais *toujours* de femmes foncièrement névropathes auparavant, qui le sont restées après. Tout ce qu'on peut dire d'elles, c'est que si l'ablation d'annexes malades a supprimé la lésion locale, elle n'a pas supprimé la névropathie, affection protéiforme en quelque sorte et susceptible de localisations très diverses.

Il suffit de discerner le diagnostic, de s'attacher à relever chaque symptôme antérieur, de fouiller l'hérédité de chacun de ces sujets, pour se convaincre que la suppression des ovaires n'a rien ajouté à la disposition morbide, encore qu'elle ne lui ait rien enlevé.

Dans des publications antérieures, j'ai, pour ma part, montré que les psychoses post-opératoires, que les troubles moindres du côté de la sensibilité ou de l'état psychique constatés après l'ablation des ovaires, n'avaient rien à voir avec l'opération. Pas plus le shock opératoire que la suppression de l'ovulation ne pouvaient être rendus responsables de phénomènes identiques, quoique certainement aggravés, à ceux que présentait la malade avant cette suppression.

Cette question a été examinée, discutée bien des fois, et je pense, jugée en général dans le sens que j'indique.

Il resterait un dernier argument, si la pharmacopée, si subtile soit-elle, pouvait nous fournir la preuve de l'utilité des *sucs ovariques*, frais ou confectionnés par des méthodes diverses, précisément dans les cas où les troubles susdits ont été attribués à la ménopause subite et anticipée.

Or c'est là un argument négatif.

Jamais, pour ma part, je n'ai réussi à faire disparaître ou à atténuer de tels phénomènes par l'administration des sucs ovariques, ou des ovaires de truie, de chatte, etc.

Je les ai essayés dans les troubles congestifs de la ménopause naturelle comme dans les manifestations morbides de la ménopause artificiellement créée par la suppression des ovaires ; et, je dois le dire, sans profit réel.

Tout cela reste dans le domaine des hypothèses non démontrées, comme bien des hypothèses thérapeutiques d'ailleurs.

Ce n'est donc pas ici le cas de faire de cette indication une pierre de

touche pour la vérification du problème. Le remède ne saurait démontrer la nature du mal, puisqu'il est lui-même accusé d'infidélité, sinon d'inanité. Il peut avoir en effet tout au plus, et dans certains cas, la valeur d'une médication suggestive.

J'ai voulu, dans le rapide exposé qui précède, éclaircir de mon mieux les points relatifs à l'utilité physiologique prétendue de la conservation des ovaires ; et, comme on l'a vu, j'ai dû conclure négativement, avec beaucoup d'excellents esprits.

Cela m'amène au sujet principal de cette communication : *L'inutilité, la nocivité même de la conservation des ovaires, dans l'hystérectomie.*

Pour préciser mieux et me tenir dans le cadre que j'ai choisi et limité à dessein, je spécifie qu'il s'agit de l'hystérectomie pour l'ablation de fibromes utérins dans un cas, et pour utérus infantile douloureux dans un autre cas.

Voici mes observations :

Obs. I. — Mme X..., née en 1862.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à la suite de récidive d'un néoplasme utérin, après opération.

Pére mort subitement (anévrisme ?).

Tous deux étaient syphilitiques, mais il est presque certain que X... est née antérieurement à l'infection de ses parents.

Une sœur et un frère assez bien portants.

Une sœur morte en 1897 de tuberculose pulmonaire, à 24 ans.

Antécédents personnels. — En 1888, pleurésie droite, suivie d'une cure au Mont-Dore.

Mariée à 30 ans, veuve au bout de 6 semaines. Bien réglée avant le mariage, mais règles un peu douloureuses et durant 5 à 6 jours.

Sensibilité exagérée, très impressionnable.

14 *février* 1898. — Se plaint de souffrir beaucoup au moment des époques ; a remarqué des caillots depuis deux ans environ ; leucorrhée ; ne soufre pas en dehors des règles.

Appétit médiocre, constipation, digestions lentes, maux de tête, amaigrissement.

Auscultation : quelques frottements à droite ?

Toucher : Le col et la matrice semblent refoulés en arrière et à gauche par un petit fibrome de la grosseur d'une noix.

29 *février* 1901. — Amaigrissement, vertiges, mauvaises digestions. Toux légère.

Auscultation : Frottements à droite en bas, sur la ligne axillaire ; sommet droit : murmure vésiculaire affaibli ; sommet gauche : respiration supplémentaire.

Toucher : Tumeur fibreuse de la dimension d'une mandarine, refoulant la matrice en arrière et occupant tout le cul-de-sac droit ; à gauche, fibrome plus petit, du volume d'une noix, empêchant de sentir le fond de la matrice, même à la double palpation.

4 *juin* 1902. — A fait une cure à Biarritz ; mais, depuis, souffre davantage au moment des règles, qui sont beaucoup plus abondantes.

Les pertes décident la malade à aller consulter M. Bouilly, qui conseille l'opération.

26 *juin* 1902. — L'opération est faite par M. le docteur Bouilly, à la maison de santé de la rue Blomet.

Laparotomie, ablation de l'utérus, de trois fibromes, de l'ovaire droit kystique et de la trompe droite kystique.

L'ovaire gauche sain est conservé.

L'utérus était tordu sur son axe, de façon que la face antérieure, regardant à gauche, portait un gros fibrome du volume d'une orange, implanté sur son bord droit et remplissant le côté droit ; un 2ᵉ fibrome, sous-péritonéal en avant, s'étendait un peu sur la gauche, refoulant l'utérus en arrière, et était lui-même accolé à un 3ᵉ fibrome qui se propageait du côté gauche et était pédiculé. Le pédicule était venu se confondre avec l'extrémité gauche du fibrome médian ; les deux derniers fibromes étaient gros comme des œufs.

En faisant des coupes de l'utérus, on trouve celui-ci sain, mais on rencontre, dans ses parois, de petits noyaux fibreux interstitiels, du volume d'un petit pois et d'un grain de raisin. La paroi abdominale et les anses intestinales étant très adipeuses, on laisse un gros drain dans le cul-de-sac postérieur au fond du petit bassin.

Les premiers jours, pas de fièvre ; puis, au bout de 10 jours, apparition de la fièvre, de frissons et d'une suppuration au niveau de la cicatrice. La fièvre cesse, mais l'état général reste très mauvais.

Au bout d'un mois, la malade s'en va aux Voirons. Elle est prise, là-bas, d'accès de fièvre fréquents, qui se terminent par l'issue d'un peu de pus entre les lèvres de la plaie.

En août, elle quitte les Voirons pour aller à Bordeaux. Pour combattre ces accès fébriles, on place un petit drain (le 4 septembre 1902) dans la plaie fistuleuse de la paroi abdominale.

Le drain reste en place jusqu'au 27 novembre.

17 *mars* 1903. — Mme X... va assez bien : cicatrice solide, se plaint de douleurs et d'une espèce de contraction douloureuse au niveau de la vessie.

Toucher : Col très mobile, au niveau de l'ovaire gauche empâtement douloureux.

17 *novembre* 1903. — La malade revient de Bordeaux avec une atrophie des muscles de l'épaule gauche et du deltoïde. Elle ne peut écarter le bras du corps et le lever. Cet état a commencé au mois de juin et s'est affirmé lentement et progressivement.

Consulté, le 7 novembre 1903, M. le docteur M... attribue cette atrophie à



une compression du plexus cervical superficiel. Il conseille d'abandonner le traitement électrique commencé à Bordeaux, niant l'origine nerveuse de la maladie, mais croyant celle-ci de nature syphilitique ou tuberculeuse. Traitement par les piqûres d'huile grise.

Après 3 piqûres, la malade retourne, au bout de 3 semaines, consulter M. le docteur M... qui, ne voyant aucune amélioration, incline à croire à une affection de nature tuberculeuse. Il engage la malade à aller dans les pays chauds et à faire de la suralimentation.

Très découragée, Mme X... va consulter M. le professeur R... qui affirme que la compression est de nature syphilitique « pachyméningite » et conseille de continuer le traitement mercuriel, mais sous forme d'injections de biiodure d'Hg à 2 p. 100.

A ce moment, la jambe gauche avait subi également un léger commencement d'atrophie musculaire. Elle était faible et la marche était difficile (surtout pour descendre un escalier).

Au bout de 8 piqûres, le bras est guéri et peut être élevé au-dessus de la tête. La jambe va mieux aussi. La guérison continue. De cette affection singulière et passagère, il n'est plus désormais question.

Depuis cette époque, l'on a fait au moins deux séries de 12 piqûres par an soit quatre, deux en 1904 et deux en 1905. Dans l'intervalle, un traitement avec la benzoiodhydrine de Bruel (6 par jour). On peut dire que ce traitement était maintenu par excès de prudence, mais sans motif autrement plausible.

En 1906, Mme X..., le 19 avril, est prise, à la campagne, d'un violent accès de fièvre avec frissons qui dure un seul jour, mais qui est suivi de l'apparition de pertes blanches très épaisses.

Semblable accident, moins bien caractérisé, s'était produit pour la première fois, huit mois auparavant, à Bordeaux. Et, depuis cette époque, on avait observé des pertes blanches assez fréquemment et comme par crises périodiques.

L'état général était resté mauvais depuis le commencement de l'année. Tout d'abord cet état de faiblesse avait été attribué à une angine grippale assez violente qui avait beaucoup ébranlé la malade. Il y avait en même temps de l'entérite glaireuse.

Le 6 juin. — Examen gynécologique : au toucher le col est mobile, mais gros et dans le cul-de-sac gauche on sent un empâtement douloureux. Le col semble rejeté en arrière et en bas. Au spéculum, muqueuse rouge, violacée, tuméfiée, lèvres rouges laissant échapper une sécrétion glaireuse.

Traitement : Badigeonnage à la teinture d'iode et pansement sec.

Ces pansements sont renouvelés deux fois jusqu'au 29 juin, date à laquelle la malade va consulter M. le professeur R... L'on terminait à la même époque une série de 12 injections de biiodure d'Hg. M. R... attribue le mauvais état général persistant à l'état du col. Il conseille de soigner l'état dyspeptique et l'entérocolite avec de l'eau de Vichy, de la teinture de boldo et de la laxarine. De plus, il conseille un nouveau pansement à la teinture d'iode. A ce moment

le col est rouge, violacé et tuméfié, l'écoulement semble un peu purulent.

Juillet 1906. — La malade part à la campagne. Les accès de fièvre se répètent pendant les vacances ; malgré le repos et le grand air, l'état général reste mauvais et les phénomènes utérins persistent.

Ici se termine l'observation, très minutieusement rédigée par le médecin de Mme X...

C'est le 19 décembre 1906 que je vois la malade, dont je connaissais vaguement l'histoire, et qu'il m'est donné de l'examiner.

Elle a, à ce moment, 43 ans, et voilà près de cinq ans qu'elle a été opérée par Bouilly. Depuis cette opération, elle n'a pas cessé d'être malade.

Sa santé a été profondément atteinte : elle est maigre, pâle, avec des traits tirés et un état d'inquiétude qui trouble sa vie habituelle.

En ce moment, c'est du côté de son appareil génital que son attention est tout entière attirée.

Par le toucher combiné au palper, je constate un moignon utérin du volume d'une poire.

Le museau de tanche énorme est dévié vers la droite, par l'effet de la traction exercée sur le moignon abdominal par un exsudat pelvien solide, situé à gauche.

Cette déviation est telle que l'orifice cervical est fort difficile à encadrer avec le spéculum bivalve.

De cet orifice s'écoule un liquide jaunâtre, poisseux.

La muqueuse vaginale du col et celle des culs-de-sac sont livides, violacées, tomenteuses.

La vessie est sensible.

Dans le bassin, je retrouve, à gauche, par le palper profond, une masse volumineuse, dure, semi-rénitente, entourée d'une zone d'empâtement, indurée par places, qui n'est séparée du moignon utérin que par un court tractus exsudatif.

Cette masse, c'est l'ovaire kystique, certainement enveloppé d'une gangue de fausses membranes ; tout cela est fort douloureux.

Il y a aussi vraisemblablement de la paramétrite gauche, déjà ancienne, qui a amené le raccourcissement de ce qui reste du ligament large gauche. Et c'est là le mécanisme de l'inclinaison du moignon utérin. Quant à la leucorrhée, elle est fort ancienne, apparaît par crises qui coïncident avec des poussées douloureuses ovariques gauches.

J'ai pu croire un instant qu'il y avait une relation d'infection entre

le bassin et le trajet cervical. Cette hypothèse a été controuvée par l'épreuve d'un traitement cervico-vaginal, qui a supprimé en entier l'écoulement, dont la nature était purement saprophytique et dû à la fréquente répétition des fluxions cervicales.

Il ne reste plus rien de l'état général si suspecté antérieurement. On ne parle plus de syphilis ni de tuberculose.

Seuls, le vestige hypertrophié du col de l'utérus toujours actif et l'ovaire gauche toujours en fonctions font les frais de l'état pathologique actuel.

Cette observation fourmille de détails intéressants à bien des points de vue. Cette hémiplégie, qui finalement a cédé non pas à la cure spécifique, mais au temps et au retour à un meilleur équilibre psychique, devient d'un intérêt secondaire.

La tare syphilitique, dans l'espèce, n'aurait pu que créer à l'opérateur une obligation plus étroite de sacrifier un ovaire devenu inutile à côté d'un moignon utérin.

J'en dirai autant de l'hypothèse d'une tare tuberculeuse.

Pour parler clair : le médecin traitant très intelligent et le chirurgien d'une compétence incontestable, sachant les antécédents suspects de la malade et s'en référant à la double menace de syphilis et de tuberculose, eussent été bien inspirés en ne conservant pas la moindre parcelle de l'ovaire gauche, pas plus que de l'utérus d'ailleurs.

Par contre, il est fort probable que si la précaution,inutile et dangereuse à mon sens, qu'ils ont prise de conserver cet ovaire, avait été omise, les médecins consultants qui ont vu l'opérée dans la suite, n'auraient pas manqué d'incriminer la suppression radicale de l'ovulation pour expliquer les troubles nerveux graves observés ultérieurement. Mais il était facile dans ce cas-ci de leur fermer la bouche avec le fait matériel de la conservation voulue de l'ovaire basé sur une théorie plus que risquée.

Ce qui ne peut faire l'objet du moindre doute, c'est que cet ovaire conservé avec tant de parti pris a été la cause d'une double complication.

La première consiste dans le développement et l'aggravation d'une inflammation *in situ* qui se révèle aujourd'hui sous la forme d'une tumeur certainement kystique, entourée d'un exsudat péri-ovarique épais et douloureux, créant, à chaque instant, un état morbide sérieux et réalisant en soi une affection individualisée qui n'a aucune tendance à la régression.

La seconde consiste en une notable hypertrophie du moignon cervical, dans laquelle il est impossible de voir autre chose que la continuation de la néoplasie fibro-myomateuse. Ce moignon volumineux paraît subir des périodes d'augmentation de volume, qui coïncident avec la recrudescence des douleurs ovariennes, et une fluxion marquée qui se manifeste par un écoulement muqueux et séro-muqueux très abondant.

Cet ensemble, qui, à la vérité, n'est pas astreint à un cycle exactement mensuel, n'en représente pas moins une sorte de crise périodique irrégulière. Cette crise ne se produirait certainement pas si l'ovaire n'existait pas et n'ouvrait pas, par sa fonction ovulaire conservée, le cycle habituel des phénomènes menstruels avec répercussion directe sur l'utérus, ou plutôt sur ce qui reste d'utérus. Il n'y aurait que demi-mal à cela, si le génie néoplasique ne s'était malheureusement conservé et ne continuait à s'exercer sur le tissu utérin persistant.

Il faut conclure nettement : De la conservation de l'ovaire Mme X... n'a obtenu aucun bénéfice.

Par contre, elle en a éprouvé un double dommage, dans son ovaire conservé, dans son moignon utérin en voie d'hyperplasie myomateuse et dans son état général constamment altéré.

On pourra objecter, que si, au lieu d'une hystérectomie sus-vaginale, on eût fait l'ablation totale de l'utérus, le retour de la néoplasie myomateuse eût été évitée.

Je le sais, et c'est ce qui me fait ou bien préférer l'hystérectomie totale, ou la sub-totale très au ras du vagin, que je complète toujours par la destruction de la muqueuse au moyen d'une thermo-cautérisation énergique et prolongée du canal cervical.

Il n'en est pas moins que l'ovaire, lui, est resté le siège d'une lésion progressive et persistante, qui nécessite aujourd'hui une opération complémentaire.

J'ajouterai enfin pour terminer que, lorsqu'on est bien convaincu de la fréquence des *néoplasmes multiples* dans l'appareil génital, l'ablation de l'utérus commande celle des annexes d'une façon absolue.

OBS. II. — *Utérus infantile douloureux. Aménnorrhée. Hystérectomie avec conservation des ovaires. — Ovaralgie persistante.*

La nommée X..., âgée de 25 ans, entre le 9 décembre 1902 dans mon service à l'hôpital Boucicaut.



Dans son hérédité, on trouve un père mort, relativement jeune, d'une affection pulmonaire, probablement de tuberculose.

La mère est vivante et bien portante.

Une sœur a été réglée à 16 ans seulement et péniblement ; elle s'est mariée, est mère de deux enfants et est actuellement bien menstruée.

X... a eu une enfance très maladive : coqueluche et rougeole ; puis une entérite chronique avec prolapsus de la muqueuse rectale, intermittent et douloureux, qui a persisté deux ans, sans laisser d'hémorrhoïdes.

A l'âge de la puberté, elle a commencé à souffrir d'une chloro-anémie, qui a persisté durant plusieurs années et s'accompagnait de nervosité vague sans systématisation.

La menstruation n'est jamais apparue.

Seulement, à partir de l'âge de 16 ans, X... a éprouvé des pertes blanches tellement abondantes qu'elle aurait été obligée de se garnir. Elle n'a pas remarqué s'il y avait une sorte de périodicité dans les crises leucorrhéiques.

Dès l'âge de 12 ans, elle éprouvait une sorte de dépression générale, plus accentuée au printemps et à l'automne, accompagnée de douleurs d'estomac et de sensations pénibles dans le bassin. Ni à cette époque ni plus tard elle n'a éprouvé de troubles nerveux manifestes ; ni bouffées de chaleur, ni lipothymies, ni syncopes.

Mais les douleurs abdominales et épigastriques se montraient fréquemment et par crises.

Du côté de l'abdomen, c'est une douleur lancinante et continue ; ce sont aussi des douleurs de reins continuelles, exagérées par le moindre effort, mais persistantes et exacerbées pendant la nuit au point de gêner le sommeil. La station debout prolongée les exagère également.

Parfois une douleur surajoutée se fixe du côté gauche du bassin.

Au milieu de ces troubles, jamais les menstrues n'ont fait leur apparition.

La leucorrhée seule marque l'existence de l'organe utérin.

X... a eu des rapports sexuels, mais la sensibilité spéciale des muqueuses et les sensations propres au coït sont totalement absentes. Au contraire, les rapprochements provoquent de la douleur.

Constipation habituelle. Crises hémorrhoïdaires anciennes, actuellement disparues.

X... a souffert notablement plus que par le passé depuis trois mois.

Le 9 décembre, jour où je l'examine, elle se plaint de souffrances intolérables dans l'hypogastre.

Examen. — C'est une femme de fort petite taille, maigre et pâle, blonde, aux membres grêles, avec une grande abondance de duvet pileux sur le tégument.

Les seins sont petits et à peine dessinés.

La vulve est étroite.

Le col utérin est de petit volume et donne l'impression d'une cerise au fond du vagin. Impossible de trouver nulle part le corps de l'utérus.

Guidé par les symptômes et soupçonnant un arrêt de développement, je saisis la lèvre antérieure du col avec une pince à traction et j'abaisse le museau de tanche aussi fortement que possible. Cette manœuvre est aisée, car le vagin est court et la malade entièrement insensible.

Aussitôt cette manœuvre exécutée, le toucher rectal permet d'explorer aisément le col et les vestiges du col de l'utérus.

L'index recourbé en crochet perçoit nettement que, au lieu de se continuer par en haut en un cylindre massif, la portion vaginale de l'utérus s'arrête brusquement, pour se terminer par un bord supérieur aminci ayant la disposition d'un croissant, d'un côté à l'autre, concave par en haut.

Chacune des extrémités du croissant se continue à droite par un tractus mince, à l'extrémité duquel on a peine à sentir un renflement rappelant la masse tubo-ovarique ; à gauche, le prolongement de la corne utérine se fait avec une petite masse qui semble bien être l'ovaire peu développé.

Les mêmes détails se perçoivent, quoique avec moins de netteté, par le toucher du cul-de-sac postérieur du vagin.

L'hystérométrie détermine la longueur de la cavité utérine, qui est de 4 centimètres seulement.

Ayant eu déjà plusieurs fois l'occasion d'observer des phénomènes douloureux graves causés par l'utérus infantile et n'ayant aucun motif d'être arrêté par l'objection essentielle du fonctionnement physiologique de l'organe, dans ce cas, absolument condamné à la stérilité, je suivis la pratique conseillée par Péan et je pratiquai l'hystérectomie le 14 décembre 1902.

L'opération fut faite par la voie vaginale rapidement et très simplement.

Je considérais alors déjà d'une façon positive la conservation des annexes comme une précaution inutile. Cependant je me laissai aller à consentir cette exception. Les ovaires très peu volumineux paraissaient sains ; je les laissai intacts.

L'examen de l'utérus enlevé démontre la précision des détails fournis par l'examen clinique. Le 12 janvier, la malade quittait l'hôpital, n'éprouvant plus la moindre douleur.

Or, voici que tout récemment, au commencement de ce mois d'avril, X... revient me consulter ; et voici ce qu'elle raconte :

Après l'opération de 1902, elle a éprouvé une assez longue période de calme ; puis, peu à peu des douleurs ont apparu de nouveau dans l'abdomen : elles sont très intenses et siègent à gauche. Elles ont le caractère de névralgies périodiques avec des exacerbations très pénibles.

Depuis un an, la malade lutte pour arriver à surmonter la douleur et se retient de venir me consulter, de peur d'avoir à subir une nouvelle opération.

L'examen révèle une cicatrice parfaitement nette.

Au-dessus du dôme vaginal tout est souple : aucun exsudat, aucun tractus douloureux, aucune adhérence anormale.

Du côté gauche le doigt perçoit, par le toucher vaginal, une petite masse

douloureuse. C'est là le siège des souffrances habituelles, au dire de la malade. Il s'agit, à n'en pas douter, des annexes.

N. B. — X... a été opérée tout récemment. La laparotomie a permis de constater l'intégrité de tous les tissus pelviens et des viscères.

De chaque côté un pli tendu marque les vestiges des ligaments infundibulo-pelviens. A l'extrémité de ce pli, à droite, je trouve et j'excise un ovaire dur, fibreux, dépourvu de pédicule, accolé à une trompe atrophiée.

A gauche je rencontre un vestige ovarique petit, arrondi, dur, encapsulé lâchement dans quelques filaments exsudatifs, minces, souples et fort anciens. La trompe de ce côté est réduite à un vestige filamenteux. J'en pratique également l'excision sur un pédicule très court. Les suites opératoires sont normales.

On pourra s'étonner que j'aie, dans le cas précédent, risqué l'avenir chez ma malade, en conservant, lors de la première opération, contre mes convictions, des ovaires inutiles.

Je ne puis en effet répondre que ceci : si convaincu que je sois de la justesse et de la solidité d'une opinion, il m'arrive parfois de m'imposer une réexpérience. Est-ce un tort ? Je ne le pense pas, car en médecine l'absolu est peu de mise. Il peut donc se rencontrer un cas exceptionnel, une condition tout à fait rare qui justifie une dérogation à la règle adoptée.

J'ai cru que la malade de ma deuxième observation offrait précisément l'exemple rare. L'atrophie des annexes, le peu de volume des ovaires m'ont incité à lui laisser ces vestiges réduits de son sexe, non pas pour la garantir d'accidents que je ne pouvais pas redouter pour cette femme qui n'avait jamais eu ses règles, mais parce que je pensais n'avoir rien à redouter dans l'avenir de ces rudiments infimes.

Et l'avenir a été autre. L'événement m'a donné tort, puisque les ovaires ont vécu et plus ou moins fonctionné. L'examen macroscopique montre que, malgré une épaisse coque scléreuse, il y a des ovisacs en évolution.

Bien plus, les douleurs de l'ovaire gauche ont rendu la vie intolérable à la malade, comme il arrive dans les ovaires scléreux, chez certaines femmes douées d'une nervosité exagérée.

Cela dit, je borne mes conclusions à émettre l'avis qu'une enquête est nécessaire sur la valeur de la conservation des annexes dans l'hystérectomie. Sans revenir sur les considérations par lesquelles j'ai débuté, je pense qu'il est utile d'affirmer que cette mesure conserva-

trice, qui a toute sa valeur en beaucoup d'autres circonstances, est tout à fait hors de propos quand il s'agit :

1° De l'hystérectomie pour fibromes de l'utérus ;

2° De l'ablation de l'utérus douloureux infantile.

II. — DISCUSSION

M. Schwartz.

Je ne puis guère partager les craintes de notre collègue Doléris au point de vue des inconvénients que présente la conservation totale ou partielle de l'ovaire après hystérectomie. C'est du moins l'impression générale qui résulte des faits que j'ai observés.

Il faut établir deux catégories de cas : ceux où les annexes sont malades, ceux où elles sont saines ou du moins le paraissent.

Dans la première éventualité, l'hésitation n'est pas permise, il faut enlever les annexes; si l'on veut bien y regarder de près, ces cas sont assez nombreux; les trompes kystiques ou enflammées, les ovaires hématiques, polykystiques ou atteints d'ovarites, se trouvent en même temps que les fibromes.

Lorsque les ovaires et les trompes paraissent sains, que devons-nous faire? Pour mon compte, j'ai souvent conservé une des annexes dans ces cas, lorsque les femmes sont encore jeunes, éloignées de la ménopause, et je n'ai pas eu à m'en repentir.

Il m'a vraiment paru que la plupart d'entre elles, au-dessous de 40 ans, avaient retiré un bénéfice de la conservation d'une annexe saine, que les troubles qui résultent assez souvent de la castration utéro-ovarienne totale n'existaient pas. Au delà de 40 ans j'enlève habituellement les annexes des deux côtés.

Je n'avais vu survenir, à la suite d'une opération pour fibrome après laquelle je n'avais pas enlevé les annexes, qu'une seule fois un kyste de l'ovaire, que j'enlevai par une seconde opération, lorsque tout récemment, au moment où s'amorçait cette discussion, un nouveau fait est venu appeler mon attention.

Il s'agissait d'une femme de 39 ans atteinte de sclérose utérine avec métrorragies profuses chez laquelle je fis l'hystérectomie supravaginale, avec conservation des annexes gauches qui m'avaient paru saines. L'utérus sclérosé était atteint d'une métrite glandulaire, avec fongosités remplissant toute la cavité corporelle. Cette malade guérit rapidement et rentra chez elle. Elle en revint au bout de six semaines, se plaignant de douleurs à gauche. Je constatai à l'examen l'existence d'une petite tumeur fluctuante qui répondait nettement à l'annexe laissée en place. En quelques mois cette tumeur prit un rapide développement, si bien que lorsque je revis cette malade, au bout de cinq mois, elle avait le volume d'une petite tête de fœtus à terme et me parut nécessiter une nouvelle intervention. Celle-ci fut pratiquée. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire



gauche inclus dans le ligament large gauche, que je décortiquai en mettant à nu l'iliaque externe de l'uretère gauche. Son contenu était séreux et hématique suivant les poches qui le constituaient. L'opérée guérit parfaitement et depuis se porte très bien.

Étant donné ces deux seuls faits, je ne crois pas qu'il y ait lieu de modifier ma manière de faire.

M. Routier.

J'ai suivi avec d'autant plus d'intérêt la communication de notre collègue Doléris, que j'ai eu moi-même à m'occuper assez souvent de cette question, et que j'ai à la Société de chirurgie, à plusieurs reprises, rapporté des observations, montré des malades ou des pièces prouvant que la conservation des ovaires, quand on pratique l'hystérectomie, est plus nuisible qu'utile.

Comme tous mes collègues, sous l'influence des idées thérapeutiques touchant l'opothérapie, j'ai cru devoir, surtout chez la femme jeune, conserver un des ovaires, lorsque pour diverses raisons j'étais conduit à enlever l'utérus et quelquefois les trompes.

Je n'ai pas remarqué que cette conservation eût une influence très heureuse sur les suites; certaines femmes supportent la castration totale sans en être incommodées, et ne ressentent que le bien-être qui suit l'ablation d'un fibrome ou d'un pyosalpinx.

D'autres présentent, peu après la guérison opératoire, dans les trois ou quatre mois qui suivent, des désordres nerveux variés plus ou moins intenses, qui finissent toujours, du reste, par s'amender ou disparaître.

Enfin il en est d'autres qui passent plusieurs années fort bien portantes, puis qui arrivent vers 47, 50 ans, et présentent à cette époque les troubles nerveux de la ménopause, alors qu'elles n'avaient plus leurs règles depuis dix, douze, quinze ans, et n'en avaient jamais souffert.

J'ai vu avec des ovaires ainsi conservés survenir des kystes ovariques, qu'il a fallu opérer secondairement : plusieurs cas d'hématocèle rétro-utérine.

De sorte qu'il me paraît préférable, quand on enlève l'utérus, de pratiquer la castration complète.

J'ai cependant été plus heureux que mes collègues, et les sucs ovariques donnés à des malades qui se plaignaient de ces troubles de ménopause, m'ont donné des améliorations notables; ce qui, vu l'état neurasthénique des sujets, ne surprendra personne.

M. Pierre Delbet.

La question qui est posée ici a été discutée, il y a quelque temps, à la Société de chirurgie. Mes opinions n'ont pas changé depuis cette époque; aussi serai-je bref.

Par la conservation des ovaires dans les opérations sur l'appareil génital de la femme, on peut se proposer trois buts : 1° conserver la possibilité de la

fécondation; 2° conserver la menstruation; 3° conserver la corrélation ovarienne, c'est-à-dire la sécrétion interne.

Pour que la fécondation puisse se faire, il faut laisser avec l'utérus au moins une trompe et un ovaire.

Toutes les fois que la conservation de la fécondité est possible, elle nous est moralement imposée comme un devoir social. Ce n'est pas seulement l'intérêt de la malade qui est en jeu, c'est aussi l'intérêt de la société; mais ces deux intérêts sont parfois en conflit; aussi ce côté de la question, qui est théoriquement le plus simple, me paraît être le plus embarrassant en pratique.

Avons-nous le droit d'exposer une femme, dans l'espoir d'une maternité incertaine, à des douleurs qui lui rendent la vie pénible? Si je pose cette question, c'est seulement pour montrer tout ce qu'elle a d'embarrassant, car il est bien évidemment impossible d'y répondre par une formule générale. C'est affaire de cas particulier. Je ne veux pas insister sur ce point, qui n'est pas celui visé par notre collègue Doléris. Je me borne à dire que, dans de telles circonstances, le chirurgien est autorisé à tenir compte des désirs de la malade.

Entendons-nous bien. Je ne veux pas dire que nous ayons le moins du monde à prendre en considération les déclarations des femmes qui ne veulent pas avoir d'enfants. A l'époque où nous vivons, cela nous conduirait à faire des castrations qui n'auraient rien de chirurgical. C'est seulement quand les malades ont un vif désir de devenir mères que nous pouvons et devons tenir compte de leur volonté. Après les avoir mises au courant des douleurs auxquelles elles resteront exposées, nous sommes autorisés par leur volonté nettement exprimée à faire de la conservation à outrance, même si la conception nous paraît peu probable. Car dans ces sortes de choses l'invraisemblable devient parfois vrai.

J'ai observé deux cas de cet ordre qui m'ont vivement frappé. Une jeune femme avait, du côté gauche, un gros pyosalpinx et, du côté droit, seulement quelques adhérences qui n'oblitéraient pas le pavillon de la trompe. J'enlevai les annexes gauches; je libérai les adhérences du côté droit, et je terminai par une hystéropexie. Environ deux ans après, l'opérée devint enceinte. La grossesse alla sans encombre jusqu'à son terme. J'en fus informé un peu tard. Ceci se passait il y a une dizaine d'années. Je n'étais pas fixé à cette époque sur la manière dont se comporte un utérus devenu gravide après hystéropexie. Aussi, dès que je connus la grossesse, j'écrivis au médecin de la malade, le docteur Drapier, de Rethel, pour lui recommander la plus étroite surveillance. Mon ami Drapier me répondit que la malade avait changé de résidence et qu'il allait faire ses efforts pour avertir son nouveau médecin. Quelque temps après, il m'écrivait que son avertissement était arrivé trop tard. L'accouchement s'était fait d'ailleurs d'une manière si régulière que le médecin, qui ignorait l'hystéropexie, n'avait rien remarqué d'anormal.

Le second cas, auquel j'ai fait allusion, est plus intéressant. La malade

avait également de grosses lésions suppurées des annexes gauches. Mais, en outre, la trompe droite était malade. Elle était épaissie : les franges du pavillon avaient complètement disparu. Son orifice externe était oblitéré et elle contenait un peu de liquide séreux.

Par une incision longitudinale longue d'un centimètre et demi environ, je rouvris sa partie externe ; je fis dans sa cavité une injection d'eau bouillie. Pour empêcher le nouvel orifice de se refermer, je suturai la muqueuse au péritoine de la trompe et je fixai la partie la plus externe de l'orifice ainsi créé sur l'ovaire. Je terminai par hystéropexie.

Étant donné l'état de la trompe, je n'espérais pas grand'chose de cette salpingostomie. Cependant la malade devint enceinte et, elle aussi, a conduit sa grossesse à terme et, malgré son hystéropexie, a accouché à la Clinique Baudelocque d'une manière tout à fait normale.

Dans les autres circonstances qu'il me reste à envisager, les deux trompes doivent être sacrifiées, la fécondité est irrémédiablement perdue.

Quand l'utérus est sain ou peu malade, quand un ovaire ou un fragment d'ovaire paraît peu altéré, faut-il conserver ovaire et utérus pour assurer la menstruation ? Les tentatives de ce genre qui ont été faites, et elles sont très nombreuses, paraissent avoir été guidées par un véritable préjugé — celui qui attribue une sorte de vertu à l'écoulement menstruel.

Je ne crois pas qu'il soit utile d'insister sur ce point. Tout le monde aujourd'hui reconnaît qu'un utérus qui ne peut entrer en gestation est un organe inutile, et, à mon avis, le vrai progrès qu'ait amené l'opération de Péan, l'hystérectomie vaginale pour lésions annexielles, c'est d'avoir conduit les chirurgiens à enlever l'utérus par l'abdomen toutes les fois que les deux trompes doivent être sacrifiées. Depuis sept ou huit ans, grâce à l'hystérectomie, grâce aussi à la suppression des gros pédicules et à la péritonisation soignée, je ne vois plus jamais, pour ma part, de malades laparotomisées pour annexites venir se plaindre, au bout de quelques mois, qu'elles ont encore des douleurs. Les résultats que nous obtenons par l'hystérectomie abdominale sont vraiment parfaits et je crois que ce serait un fâcheux recul de revenir à la conservation de l'utérus même, et je dirais volontiers, surtout en y adjoignant la conservation d'un ovaire ou d'un fragment de tissu ovarien.

J'en arrive donc à la dernière catégorie de faits : ceux où la conservation de l'ovaire aurait pour unique but, les trompes et l'utérus étant sacrifiés, de maintenir la corrélation ovarienne, c'est-à-dire les effets de la sécrétion interne. C'est la question que M. Doléris a particulièrement envisagée.

Pour ma part, je suis tout à fait opposé à la conservation de l'ovaire dans ces conditions. J'y suis si opposé que, lorsqu'il m'arrive dans certains cas très difficiles de faire la section du pédicule utéro-ovarien et du ligament large sans être bien sûr d'être passé franchement sous l'ovaire, je reviens toujours sur le ligament suspect avant de terminer l'opération et j'enlève avec soin tous les débris de tissu ovarien s'il en reste. Ainsi, bien loin de chercher à conserver un ovaire ou un fragment d'ovaire, je m'applique à les extirper tous les deux en totalité.

Ce n'est pas que je redoute en elle-même la ponte intra-péritonéale. Mais il est certain que ces ovaires deviennent très souvent la source de douleurs telles qu'on est obligé de les enlever ultérieurement. Laisser un ovaire, c'est donc exposer la femme sinon au danger, du moins aux ennuis d'une nouvelle opération. On n'aurait le devoir de le faire, il me semble, que si la castration ovarienne totale avait des inconvénients graves. Or elle n'en a pas.

J'ai étudié cette question dans le *Traité de pathologie générale* de M. Bouchard, et il serait beaucoup trop long d'entrer ici dans tous les détails qu'elle comporte.

Il faut distinguer les effets de la castration, suivant qu'elle est pratiquée avant ou après la puberté. Cette distinction ne paraît pas avoir grande importance chirurgicale, puisque nous n'avons pas l'occasion de castrer des femmes impubères. Si j'y fais allusion, c'est parce que l'on répète souvent que les effets de la castration sont plus graves chez les femmes jeunes que chez celles qui approchent de la ménopause. Pour ma part, je ne crois pas que cela soit vrai. Les effets de la castration dépendent bien plus de l'état de la fonction ovarienne au moment où l'on opère que de l'âge des malades. J'ai vu bien souvent des femmes très jeunes chez qui l'ophoorectomie n'entraînait que des troubles insignifiants : c'est que leurs ovaires fonctionnaient très mal. Et le plus souvent, en étudiant bien les symptômes, on peut, avant l'opération, prédire quels seront les effets de la castration.

Ces effets, quels sont-ils?

Faut-il parler des psychoses post-opératoires? Pour ma part, bien que j'aie fait un grand nombre de castrations, je n'en ai pas observé. Mme Margoliès, qui a consacré à ce sujet un travail très documenté, arrive à cette conclusion que les troubles psychiques ne sont pas plus fréquents après l'ablation des deux ovaires qu'après l'ablation d'un seul. Ce fait suffit à prouver que ces psychoses ne sont pas dues à la suppression de la corrélation ovarienne et que la crainte de les voir survenir ne peut être invoquée en faveur de la conservation d'un ovaire ou d'un fragment d'ovaire.

D'ailleurs, je suis très frappé de ce fait que ces psychoses post-opératoires dont on s'occupait beaucoup il y a huit ou dix ans, semblent être tombées dans l'oubli. La crainte de voir survenir des psychoses après les opérations paraît avoir été remplacée par l'espoir de guérir opératoirement des psychoses préexistantes.

La fréquence de troubles mentaux consécutifs aux opérations, fréquence que Denis a pu autrefois estimer à 20 p. 100, proportion énorme, n'a-t-elle pas considérablement diminué avec le perfectionnement de la méthode aseptique? S'il en est ainsi, et cela ne me paraît pas douteux, n'est-il pas légitime d'attribuer un certain nombre de ces psychoses à des intoxications, dues soit à certaines substances antiseptiques, soit à des toxines infectieuses? Cela me paraît d'autant plus probable qu'il s'agissait presque toujours d'une psychose spéciale, la confusion mentale, que les neuro-pathologistes s'accordent à attribuer, à une intoxication.

Quoi qu'il en soit, il me paraît certain que l'on ne peut pas faire état du danger des psychoses en faveur de la conservation d'un ovaire après hystérectomie.

Les modifications du caractère ont-elles plus d'importance ? Quelques femmes privées de leurs ovaires deviennent plus nerveuses, plus irritables et ne peuvent résister à des accès de colère injustifiés. Ces modifications sont rares et j'ai vu bien plus souvent des malades, qui glissaient vers la neurasthénie, retrouver après l'opération, grâce sans doute à la cessation des douleurs, l'équilibre moral avec la joie de vivre.

L'une des préoccupations qui hantent l'esprit des malades avant l'intervention, c'est celle de « n'être plus des femmes ». Or il est surabondamment démontré que la castration faite après la puberté n'amène aucune modification des caractères somatiques que les zoologistes appellent les caractères sexuels secondaires. En 1878, Hegar affirmait déjà qu'elle n'altère pas le type féminin, et cela est parfaitement exact. Keppler a cru observer une diminution des diamètres du bassin. Il serait bien extraordinaire qu'une telle modification puisse se produire, car les caractères squelettiques sont parmi les plus fixes. Si elle est réelle, ce que je ne crois pas, il faut convenir qu'elle est sans importance chez une femme qui n'a plus d'utérus. On sait d'autre part qu'on a proposé la castration comme traitement de l'ostéo-malacie.

Je ne crois pas non plus que la castration amène l'atrophie des seins. Les relations des mamelles avec les organes génitaux sont des plus obscures. Au moment de la puberté, se produit dans les deux sexes un développement des glandes mammaires. Mais il ne paraît pas probable que l'évolution de ces dernières soit sous la dépendance du développement des glandes génitales. Ce sont deux évolutions simultanées, qui semblent non pas être en relation causale l'une avec l'autre, mais bien plutôt dépendre toutes deux d'une cause commune. Et l'on peut actuellement supposer que cette cause commune est l'atrophie du thymus. Ainsi le développement des seins et des organes génitaux pourrait être considéré comme étant, dans une certaine mesure, complémentaire l'une de l'autre. Il y a deux faits bien connus qui me paraissent tout à fait corroborer cette manière de voir. Il arrive parfois que la castration chez l'homme amène la gynécomastie, et chez la femme la lactation coïncide avec une suspension des fonctions ovariennes. Chez les animaux la suppression des ovaires entraîne une augmentation de la sécrétion lactée. Ce résultat est si constant que l'ophoorectonie est pratiquée d'une manière courante chez les vaches laitières. Une vached onne en moyenne, pendant le premier mois qui suit le vélage, 10 litres de lait par jour ; puis la lactation diminue progressivement au bout de huit à dix mois. Chez les vaches castrées, la sécrétion lactée reste à un taux égal bien supérieur à celui du vélage pendant une moyenne de vingt à vingt-quatre mois. En outre, la qualité du lait s'améliore ; sa richesse en beurre, en caséine, en sels, en lactose augmente considérablement.

S'il y a, comme je viens de le soutenir, une sorte de balancement entre les développements des glandes mammaires et celui des glandes génitales, la cas-

tration ne saurait amener une atrophie des seins. Chirurgicalement, il n'est point très aisé de se documenter avec précision sur ce sujet. On ne peut guère se livrer à des investigations, car certaines opérées seraient peut-être disposées à méconnaître leur caractère purement scientifique. Les questions sont délicates à poser et puis on n'est jamais sûr de la sincérité des réponses. Bien des femmes se vantent volontiers sur ce sujet ; d'autres pourraient être tentées de mettre sur le compte de l'opération des défaillances antérieures. Cependant je n'ai pas rencontré d'opérée qui m'ait dit avoir constaté une diminution de ses seins consécutive à l'opération. Quelques-unes m'ont affirmé que leur poitrine avait grossi. La plupart n'avaient observé d'autres modifications que celles qu'accompagnent l'amaigrissement ou l'engraissement.

L'engraissement excessif est une des conséquences que les malades redoutent. C'est encore une crainte qui n'est pas justifiée. Beaucoup d'opérées reprennent après l'opération l'embonpoint qu'elles avaient avant d'être malades, mais je n'en ai vu qu'une qui ait engraissé d'une manière fâcheuse. Encore n'avait-elle rien de monstrueux et je connais bien des femmes pourvues de leurs ovaires qui lui rendraient plusieurs kilos.

Il est difficile d'être renseigné sur ce que deviennent les appétits sexuels. Tout ce que je puis dire, c'est que deux de mes opérées sont venues se plaindre à moi qu'ils étaient augmentés dans de telles proportions qu'elles en étaient troublées, tandis qu'aucune ne s'est plainte de leur diminution ou de leur suppression.

Que devient la voix après la castration ? C'est une question qui prend une importance de premier ordre quand il s'agit de cantatrices. Moure a eu l'occasion d'étudier une personne douée d'une voix de soprano aigu qui, ayant subi l'ophoorectomie double à trente ans, perdit ses notes élevées tandis que son médium se timbrait. Je ne sais si on doit voir là un effet direct de l'opération. Car il n'est pas rare qu'après la trentaine le registre élevé des soprani aigus diminue. J'ai eu à soigner une cantatrice justement célèbre qui avait un fibrome volumineux dont le développement rapide commandait l'intervention. Elle était hantée de la crainte de perdre sa voix et me suppliait de lui laisser un ovaire. Convaincu que cette conservation ne peut avoir que des inconvénients, je refusai. Elle se décida cependant à se faire opérer par moi, et j'ai entendu depuis bien des amateurs éclairés sur l'art, mais non sur l'opération qu'elle a subie, déclarer que sa voix avait incroyablement gagné en ampleur et en souplesse.

Que reste-t-il en somme comme conséquences de la castration ? Les fameuses bouffées de chaleur. Plus ou moins fréquentes, plus ou moins pénibles, elles sont à peu près constantes. Il faut remarquer d'abord que ce sont là des troubles que l'on observe à peu près toujours au moment de la ménopause naturelle. Ce ne sont donc pas des ennuis qui sont imposés par surcroît aux opérées. Elles les auraient éprouvés sans opération ; la date en est seulement changée.

Ces bouffées de chaleur sont souvent gênantes, parfois pénibles, mais elles sont transitoires. Elles diminuent de longueur, d'intensité, de fréquence et puis

disparaissent. Quand elles sont pénibles, on peut les atténuer par l'opothérapie, dont j'ai vu de très bons effets.

Si nous faisons le bilan de cette énumération longue et cependant écourtée, que trouvons-nous à mettre au passif de la castration ? Les bouffées de chaleur, que l'on peut atténuer et qui sont toujours transitoires.

D'autre part, quels sont les avantages et les inconvénients de la conservation partielle ou totale des ovaires ? Elle rejette les bouffées de chaleur jusqu'au moment de la ménopause naturelle si rien ne survient à la traverse. Mais justement les cas sont nombreux où il survient quelque chose et c'est là le terrible inconvénient de la conservation. Les ovaires sans trompes ni utérus deviennent souvent cause de douleurs très pénibles. Je ne veux pas revenir sur les faits qui ont été signalés soit à la Société de chirurgie, soit ici : vous les avez présents à la mémoire. Dans un nombre de cas relativement considérable, il a fallu recourir à des opérations secondaires pour enlever l'ovaire conservé.

Ainsi, il est certain que les femmes à qui on laisse du tissu ovarien après avoir enlevé trompes et utérus, sont grandement exposées à souffrir. Or la première chose qu'elles ont le droit d'exiger de l'opération, c'est d'être débarrassées des douleurs. Dans bien des cas, ces douleurs sont telles qu'elles nécessitent une intervention.

Pour ma part, je ne me reconnais pas le droit d'exposer les malades à souffrir, ou de leur faire courir les risques d'une seconde intervention pour le mince bénéfice de reculer de quelques années les bouffées de chaleur de la ménopause.

M. Siredey.

Je crois, comme Delbet, que l'on a singulièrement exagéré l'influence des produits glandulaires dans la génèse de ces accidents.

Les troubles réellement imputables à l'ablation des organes genitaux se résument à des bouffées de chaleur, à des migraines, à des crises de tachycardie, comme on en peut voir chez beaucoup de femmes non opérées, à l'occasion de la ménopause. S'ils se présentent avec une intensité excessive, ce sont les prédispositions nerveuses de la malade, bien plus que l'opération, qu'il convient d'incriminer.

M. Lepage.

Delbet nous a dit qu'à la suite de l'ablation des annexes les appétits sexuels étaient plutôt exagérés. J'ai eu l'occasion de causer avec un certain nombre d'opérées, il m'a semblé que ce n'est peut-être pas tant la suppression des ovaires qui peut amener l'exagération du sens génital que la suppression de la douleur. La femme chez laquelle on a enlevé les annexes est une femme à ventre douloureux qui, au moment du coït, éprouvait des sensations rarement agréables, parmi lesquelles dominait surtout l'élément douleur ; c'est surtout parce qu'elle ne souffre plus, ayant le Douglas en bon état, que la

femme castrée a plus volontiers qu'avant l'opération des rapports sexuels ; de plus, chez des femmes jeunes, la certitude d'être à l'abri d'une fécondation toujours possible leur rend plus agréable un plaisir sans conséquence. C'est ainsi que, dans la majorité des cas, il faut interpréter ce fait tout à la fois physiologique et psychique.

M. Legueu.

Je crois à la nécessité de l'ablation des deux ovaires comme complément de l'hystérectomie. Toutefois, il faut tenir compte de la notion d'âge : elle fait varier pour ainsi dire ma conduite en pareil cas. C'est ainsi que les femmes jeunes sont plus exposées que d'autres aux inconvénients e la ménopause opératoire, et chez elles volontiers je laisse en place un ovaire ou fragment d'ovaire. Chez les malades âgées, au contraire, la conservation des ovaires n'a pas d'intérêt, et il n'y a aucune discussion possible sur la nécessité de les enlever.

M. Pinard.

Je crois pouvoir tirer des faits nombreux que j'ai observés une conclusion ferme. Les malades chez lesquelles on a pratiqué l'ablation des deux ovaires après hystérectomie peuvent se diviser en deux catégories :

a) Celles chez lesquelles, à partir de 30 ans, on enlève l'utérus et les annexes à cause de fibrome utérin. Ces malades jouissent généralement, après l'intervention, d'une santé parfaite. Elles n'accusent pas de troubles sérieux pouvant être rattachés à la suppression de la fonction menstruelle. Par contre, j'ai vu 7 femmes chez lesquelles on a dû faire une opération complémentaire pour dégénérescence kystique de l'un des ovaires qui avait été laissé en place.

b) Les femmes chez lesquelles on pratique l'hystérectomie parce que la fonction menstruelle est douloureuse et pénible. Dans 2 des cas que j'ai observés, il s'agissait d'utérus infantiles. Le résultat fut le même que celui indiqué par notre collègue Doléris c'est-à-dire que les femmes continuèrent à souffrir comme auparavant : elles appartenaient à la catégorie des femmes qui ne laissent jamais le chirurgien tranquille et chez lesquelles, malgré des interventions répétées, les phénomènes douloureux persistent. Mais il me semble que chez ces femmes il faut toujours enlever les ovaires, car l'utérus ne compte pas ; ce sont les ovaires qui le plus habituellement produisent les phénomènes douloureux.

Je ne comprends pas bien l'utilité de la distinction faite par Legueu. Je répète que chez des femmes jeunes, atteintes de fibromes précoces, j'ai vu nombre de cas dans lesquels les deux ovaires ont été enlevés sans qu'il soit survenu dans la suite le moindre trouble général de la santé, pouvant être rattaché à cette cause. A mon avis, l'ablation des deux ovaires est d'autant plus



urgente que la femme est plus jeune et que son ovaire laissé en place peut être plus facilement atteint de dégénérescences. Au contraire, les ovaires des femmes âgées sont, pour ainsi dire, à la veille de cesser leurs fonctions et subissent moins souvent de dégénérescences pouvant nécessiter une intervention.

Je ne puis qu'applaudir à la plupart des conclusions auxquelles est arrivé Delbet. Je préciserai cependant un point. La castration chez les vaches n'augmente pas la sécrétion lactée. Elle prolonge la sécrétion lactée, qui peut durer deux ans et plus. La même observation a été faite chez les femmes. Nous en avons cité plusieurs cas, en particulier celui d'une femme chez laquelle on fut obligé d'enlever utérus et annexes au moment de l'accouchement; elle allaita son enfant pendant deux ans et fut en même temps nourrice dans le service.

Au point de vue de l'influence de la castration sur le développement des seins, j'ai vu un grand nombre de femmes opérées, non pas à la limite de la ménopause, mais alors que, jeunes encore, elles avaient eu des accidents forçant à l'ablation des ovaires; au point de vue des formes, les seins sont restés absolument normaux, il n'y a pas eu atrophie des seins.

Quant à l'embonpoint, je crois que, d'une façon générale, il est assez fréquent. Je ne dis pas qu'il devient considérable, mais l'embonpoint précoce est assez souvent observé chez les femmes castrées jeunes.

Quant aux appétits sexuels, il n'est pas toujours facile d'interroger les femmes à cet égard. Ce que notre collègue Lepage vient de nous exposer peut être vrai pour un certain nombre de cas, mais je puis affirmer que j'ai vu nombre de femmes, qui n'avaient jamais souffert au moment des rapports, femmes ayant des fibromes, chez lesquelles le coït n'avait jamais été douloureux, et qui avaient après l'opération un appétit sexuel qu'elles ne connaissaient pas avant. J'ai vu deux maris ayant l'un la soixantaine, l'autre l'ayant dépassée, — leurs femmes avaient été opérées avant la ménopause — venir se plaindre à moi de l'appétit génésique extraordinaire de leurs femmes, que je connaissais toutes deux comme très pudiques.

Quant aux bouffées de chaleur, j'avoue qu'elles ne m'ont pas paru être plus fréquentes après la ménopause chirurgicale qu'après la ménopause physiologique; je crois que l'opothérapie n'a guère d'action sur elles; les bouffées disparaissent même lorsqu'on n'y a pas recours.

Hôpital Lariboisière. — Service du Dr Hartmann

SARCOME DÉVELOPPÉ SUR UN UTÉRUS FIBROMATEUX

HYSTÉRECTOMIE SUPRAVAGINALE : GUÉRISON OPÉRATOIRE (1)

Par **P. LECÈNE**, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'une hystérectomie que j'ai pratiquée le 27 septembre 1907, à l'hôpital Lariboisière.

Voici, rapidement résumée, l'histoire clinique de la malade :

Il s'agit d'une femme de 55 ans, qui est entrée salle Lailler pour des métrorragies abondantes. Depuis 7 ou 8 ans les règles étaient devenues plus abondantes : elle perdait en caillots, mais seulement au moment des règles. Pendant toute l'année 1906 jusqu'en 1907, les pertes sanguines cessent complètement : étant donné son âge, la malade croit ne plus revoir ses règles. Mais en janvier 1907, survient une *métrorragie* très abondante qui dure 5 jours et affaiblit beaucoup la malade. En février 1907, apparaissent des coliques utérines très douloureuses, qui sont suivies de l'expulsion d'un « polype », qui fut vu par le médecin et qui avait atteint les dimensions d'une petite poire. Au mois de mai 1907, nouvelles pertes sanguines abondantes, ainsi qu'en juillet. Depuis cette époque, pollakiurie abondante.

A l'examen, on trouve par le toucher le col entr'ouvert, admettant l'extrémité du doigt ; dans le cul-de-sac antérieur on sent une masse dure, se continuant par un angle obtus sur le col. Au palper abdominal, on retrouve cette masse, qui remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La consistance de cette masse est plutôt dure. Mais, en certains points, on constate de la dépressibilité. La palpation est gênée par l'embonpoint de la malade. La masse qui occupe manifestement le corps de l'utérus est peu mobile, et es tentatives de mobilisation sont douloureuses. La malade a eu 4 enfants à terme. Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant (père mort à 42 ans de pleurésie, mère morte à 70 ans de vieillesse). Le diagnostic fut : fibrome utérin compliqué d'adhérences et peut-être de salpingite.

L'opération eut lieu le 27 septembre 1907.

---

(1) Communication faite à la Société anatomique, séance du 8 novembre 1907.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve un corps utérin du volume des deux poings, qui adhère fortement à l'intestin grêle et au méso de l'S iliaque. Ces adhérences sont très vasculaires ; après les avoir détachées, on extirpe l'utérus et les annexes en faisant une castration supravaginale ; à droite le ligament infundibulo-pelvien est infiltré jusque derrière le péritoine par une masse molle ; dans ces conditions, il est impossible de tout enlever. L'on se contente d'une opération palliative. Péritonisation complète du petit bassin ; enfouissement des surfaces cruentées de l'intestin. Fermeture du ventre sans drainage.

La malade sort guérie opératoirement, au bout de 22 jours, de l'hôpital.

La pièce comprend le corps de l'utérus et les annexes enlevées d'un bloc. Sur le fond de l'utérus, on retrouve la trace des adhérences intestinales ; d'autre part, le corps utérin est soulevé en plusieurs points par des bosselures demi-molles. A la coupe, on voit que la paroi utérine présente deux sortes de lésions : 1° deux nodules fibromateux du volume d'une noix ; 2° un grand nombre de nodules plus volumineux, d'aspect sarcomateux, gris rosé et mollasses, qui atteignent la séreuse. La muqueuse du corps est le siège d'une grappe de grosses végétations polypiformes de couleur gris rosé ou jaunâtre, dont l'extrémité libre est verdâtre et sphacélée. La cavité utérine est très augmentée de volume et partiellement remplie par ces végétations.

Les annexes gauches sont normales. De même la trompe et l'ovaire droits sont sains, mais le ligament infundibulo-pelvien du côté droit est épais comme deux doigts, infiltré par une masse molle absolument analogue à celle qui constitue les nodules de la paroi utérine.

L'examen microscopique nous a montré que les masses molles saillantes dans la cavité utérine, aussi bien que les nodules mous de la paroi et l'infiltration du ligament infundibulo-pelvien droit, étaient formées par du *sarcome à cellules fusiformes surtout*, mêlé en quelques points de cellules étoilées : de nombreuses figures de karyokinèse ainsi que des noyaux bourgeonnants des cellules conjonctives indiquaient l'activité d'évolution du néoplasme.

Il s'agit donc ici *d'un sarcome de l'utérus fibromateux*, *développé très vraisemblablement aux dépens de la muqueuse du corps* : les deux noyaux fibromateux de la paroi étaient intacts, sans rapport avec les masses sarcomateuses : on ne peut donc parler ici de « transformation » des fibromes en sarcome. L'intervention a été malheureusement trop tardive, puisqu'il existait déjà une infiltration très étendue sous-péritonéale, filant le long des vaisseaux utéro-ovariens.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 *mars* 1907.

(Suite)

M. P. Rudaux. — **Ostéomalacie grave chez une femme enceinte.**

Femme de 36 ans, couturière.

Cette femme est née dansla Haute-Vienne, elle est fille unique; ses parents, qui vivent à la campagne. sont en bonne santé, et on ne relève ni chez eux ni dans la famille, oncles et tantes, aucune trace d'affection osseuse ou nerveuse. Son pays d'origine n'est pas le siège de maladies de ce genre, et on n'y trouve pas de goitre.

Cette femme nous apprend qu'elle a commencé à marcher à un an et qu'elle a toujours bien marché, qu'elle a été réglée à 16 ans et toujours régulièrement. Son enfance s'est passée sans aucune maladie. Elle s'est mariée à 16 ans avec un ouvrier robuste, qui, lui aussi, n'a jamais été malade. Son mari gagnait largement sa vie, aussi n'a-t-elle jamais connu la misère et les privations.

Elle est enceinte pour la cinquième fois ; sa première grossesse, à 21 ans, s'est terminée par l'accouchement spontané d'un garçon; qu'elle a nourri pendant 24 mois et qui est actuellement bien portant.

A 24 ans, elle eut un deuxième garçon, venu au monde spontanément et auquel elle ne donna le sein que pendant 6 mois.

Elle eut sa troisième grossesse à 30 ans, elle accoucha d'une fille qu'elle nourrit au sein pendant 24 mois.

Lors de sa quatrième grossesse elle avait 35 ans (27 janvier 1902) ; elle mit au monde *deux filles*, qu'elle allaita elle-même l'une jusqu'à 9 mois, l'autre jusqu'à 21 mois.

Tous ces enfants sont actuellement en très bonne santé.

Cette femme a été bien portante jusqu'à sa grossesse gémellaire (4e grossesse). Vers le sixième mois de celle-ci, elle éprouva des douleurs vives avec crises paroxystiques, plus accentuées la nuit et localisées surtout au dos et aux régions inguinales. Elle avait remarqué que ses jambes enflaient, l'œdème gagnant progressivement les pieds, les jambes pour s'arrêter aux genoux.

Le palper fait au niveau de la colonne vertébrale était très sensible. Les douleurs s'accentuent à mesure qu'on approche du terme de la grossesse.

Après l'accouchement le gonflement des membres inférieurs disparaît et les

douleurs s'atténuent beaucoup. Elle se plaint alors de « manque de forces dans les reins et dans la jambe droite », qui l'oblige à rester couchée ou assise dans un fauteuil.

Elle va consulter à l'Hôtel-Dieu, d'où on l'envoie à la crèche médicale de Beaujon ; elle en sort au bout de onze jours avec l'espoir qui lui fut donné que « cela se passerait ». Elle commence en effet à marcher peu de temps après, mais avec l'aide d'un bâton ; la marche persiste à être difficile alors qu'elle perd toutes les forces de la région dorsale et que les douleurs apparaissent au niveau de la colonne vertébrale.

En avril 1903 elle est admise à l'Hôtel-Dieu où elle était venue consulter pour la perte complète des forces et pour une bronchite aiguë. On porte le diagnostic de rhumatisme et on lui donne des bains sulfureux. Elle sort de l'Hôtel-Dieu le 11 juillet, améliorée par le repos au point qu'elle pouvait marcher sans bâton.

Elle redevient enceinte au mois d'octobre, les débuts de la grossesse n'offrent rien de particulier, mais, à partir du mois de janvier 1904, une faiblesse généralisée apparaît rapidement, la marche est devenue complètement impossible, aussi est-on obligé de la lever et de la placer dans un fauteuil.

En même temps surviennent des douleurs très vives dans les cuisses, dans les hanches et dans le bassin, puis elles envahissent successivement le dos, les épaules, les bras et enfin les pieds, les mains seules restent indemmes.

Ces douleurs sont plus violentes la nuit que le jour, elles sont continues, avec de courts paroxysmes d'une intensité telle « qu'on croirait, dit-elle, qu'on lui enfonce quelque chose dans les os ». Ces douleurs sont plus violentes dans le décubitus dorsal que dans la station assise, elles sont violemment exagérées par l'extension et diminuent par la flexion du corps. Aussi, pour soulager son dos et diminuer ses douleurs, prend-elle l'attitude fléchie, la tête penchée en avant et soutenue par les mains, les coudes reposant sur les genoux.

Elle s'aperçoit que sa taille diminue par la longueur de ses vêtements et que sa physionomie n'est plus la même.

Cette femme est amaigrie, fatiguée, triste, elle est assise continuellement dans son lit : jour et nuit son attitude est la même ; dès qu'on veut la mobiliser, on détermine chez elle de très vives souffrances, de là des difficultés considérables dans l'examen.

Les déformations les plus importantes sont situées au niveau de la colonne vertébrale. Les courbures normales sont très accusées, comme si la colonne vertébrale s'était affaissée sur elle-même. Il n'existe pas la moindre trace de scoliose. Du côté du bassin qui est en antéversion, on note extérieurement une projection en arrière du sacrum, un rapprochement considérable des deux ischions et des deux branches ischio-pubiennes et la saillie très accentuée en avant formée par la symphyse pubienne. La vulve est très en arrière et repose directement sur le plan du lit. Le doigt introduit dans le vagin suit un long couloir, constitué par le rapprochement des deux pubis et des deux branches horizontales du pubis et des branches ischio-pubiennes refoulées vers le centre

du bassin. En raison des douleurs que l'on détermine, on ne peut faire une exploration plus complète de la configuration interne du pelvis.

La face s'est notablement modifiée, aspect simiesque.

Du côté du crâne rien de particulier ; les clavicules, dont les courbures ne sont pas exagérées, semblent tirées en haut et en arrière. Le sternum fait en avant une saillie très accentuée, dont le sommet correspond à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Du côté des membres supérieurs, ramollissement tel des os que, par la pression déterminée au niveau du tiers inférieur, on arrive à faire toucher le radius et le cubitus. Les membres inférieurs ne présentent pas de déformations squelettiques appréciables, mais on note à leur niveau un peu d'œdème mou. Les réflexes à leur niveau sont légèrement exagérés.

Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée, on ne constate ni signe de Babinski, ni trépidation spinale.

L'appétit est très diminué, et depuis le mois de mars dernier la diarrhée est fréquente, il y jusqu'à 7 ou 8 selles liquides par jour.

La circulation paraît gênée, il y a des accès de dyspnée et des palpitations surtout nocturnes, les bruits du cœur sont claqués et on entend un souffle au premier temps à la base.

Les globules rouges sont diminués, il n'y en a que 3.729.600 et 6.840 globules blancs. La formule leucocytaire est normale. La ponction lombaire permet de recueillir un liquide céphalo-rachidien dans lequel on ne trouve rien de particulier.

Les urines éliminées en 24 heures ont été examinées à deux reprises : leur quantité est en moyenne d'un litre, dans lequel on trouve :

Urée	12 gr. 60
Acide phosphorique	1 —
Chlorure de sodium	12 —
Acide urique	0 — 513
Soufre	3 — 10
Indican	présence

Il n'y a ni sucre ni albumine.

La femme est soumise à un traitement phosphaté et à deux séries de huit injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

La radiographie est difficile à faire, à cause de l'impossibilité pour cette femme de se tenir debout ou couchée ; les résultats obtenus sont trop vagues pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

Le 9 juin on décide l'intervention. Examen sous chloroforme.

Par le toucher vaginal on constate qu'il est impossible d'introduire la pulpe de l'index entre les deux pubis, dont les faces internes sont presque en contact. Les deux ischions sont très rapprochés l'un de l'autre ; la distance qui les sépare permet juste de placer de champ les quatre derniers doigts de la main. Les deux épines sciatiques très projetées en dedans sont à environ 4 ou 5 cen-

timètres l'une de l'autre. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 cm. 4, le couloir inter-symphysien ayant une longueur de 2 cm. 2. La face antérieure du sacrum est convexe.

Le toucher vaginal ne permet pas de sentir la présentation, à quelque hauteur que le doigt soit porté.

L'opération césarienne est faite par M. Doléris.

On fait ensuite l'hystérectomie sus-cervicale.

Suites opératoires. — Vomissements, puis, à partir du 13, signes d'obstruction intestinale.

En présence de ces symptômes d'obstruction intestinale, M. Doléris juge une intervention nécessaire. Après anesthésie chloroformique, la partie inférieure de la plaie est ouverte; on arrive d'abord sur le trajet du drain, en arrière duquel s'est formée une bride épaisse, assez résistante, constituée aux dépens d'une frange de l'épiploon qui descend très bas. Cette bride s'insère d'une part au péritoine pariétal, d'autre part au fond du bassin. L'intestin grêle, distendu, le cæcum et plusieurs anses viennent se couder autour de cette bride. Entre les anses intestinales on constate la présence de membranes exsudatives jaunâtres, reliant les anses entre elles, attirant les unes, enserrant les autres, et pouvant être la cause au moins partielle de l'occlusion.

Les adhérences sont détachées, les brides sont réséquées, puis la toilette du péritoine est faite à sec. Le ventre est refermé sans drainage, après avoir constaté que le fond du petit bassin et que le moignon utérin sont en parfait état et ne présente aucune trace de réaction inflammatoire.

Le 15 au matin, l'affaiblissement est considérable, des vomissements fécaloïdes et du hoquet apparaissent, le pouls est rapide (150) et petit. La malade meurt à 11 heures, en pleine connaissance. Pendant toute la durée des suites opératoires, la température n'avait jamais dépassé 37°.

L'*autopsie* a été faite 24 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule du péritoine un liquide fétide, grisâtre (200 grammes environ), les anses intestinales sont distendues, rougeâtres, vascularisées, elles sont recouvertes de fausses membranes jaunâtres, assez résistantes, surtout au niveau des anses situées à la partie inférieure du petit bassin. En enlevant les adhérences on trouve un peu de pus, L'intestin est fortement distendu, à l'exception du côlon, descendant de l'S iliaque. On constate qu'au niveau de l'angle gauche du côlon l'intestin devient subitement plus grêle, comme si le côlon descendant était contracté. Aucun obstacle extérieur, ni aucune bride n'existaient dans cette région. L'ouverture de cette portion de l'intestin et un examen attentif ne permettaient de constater quoi que ce soit d'anormal.

Le moignon utérin est en parfait état, il n'existe dans le cul-de-sac pelvien ni sang, ni fausses membranes, les sutures péritonéales sont intactes.

Le bassin a été dessiné et mesuré directement sur le cadavre, il présente la forme type du bassin ostéomalacique, bassin en tricorne. Son diamètre antéropostérieur est de 12 centimètres, mais le rapprochement des deux pubis cons-

titue une rigole de 4 cm. 5 de long. Le diamètre transverse mesure 11 cm. 5, les diamètres obliques ont 13 centimètres.

Les côtes et le sternum sont très mous, les os de l'avant-bas crépitent à la section facile, le crâne a sa constitution normale.

Au cours de l'opération, on avait recueilli une certaine quantité de sang, que le docteur Marcel Labbé voulut bien examiner. Les résultats ont été les suivants :

Oxyhémoglobine	11,1
Globules rouges	4.030.000
Globules blancs	10.000
Polynucléaires à gr. neutrophiles	66
Lymphocytes	10
Lymphocytes mononucléaires	16
Grands lymphocytes mononucléaires	4
Lymphocytes polynucléaires éosinophiles	4

L'examen chimique fait par M. Henri Labbé, chef de laboratoire à Laënnec, donna pour 1.000 centimètres cubes de sérum :

Eau	924,40
Résidu sec total	75,60
Matières minérales totales	» »
Matières organiques totales	66,88
Azote total	8,23
Matières albuminoïdes totales	51,43
Cendres solubles (matières minérales solubles)	8,72
Matières minérales insolubles	»
Chlorures (en NaCl)	6,30 p. 100
Urée	traces positives

Quant à l'enfant, il fut confié à une nourrice qui l'éleva.

Il diminue de poids pendant trois jours et commence à augmenter de 25 grammes le quatrième jour, puis de 20 grammes, mais bientôt apparaissent des vomissements, qui déterminent une diminution de 120 grammes en trois jours, en même temps survient du muguet. Après une amélioration et une augmentation de 100 grammes en trois jours, il diminue de nouveau de 400 grammes en dix jours pendant lesquels il présente un abcès sous le menton et des vomissements incessants malgré la diète hydrique, les lavements de sérum artificiel. Il meurt le vingt-deuxième jour, pesant à ce moment 2.300 gr., ayant perdu 550 grammes sur son poids de naissance.

Séance du 15 avril 1907.

M. Doléris. — **De la conservation des ovaires dans l'hystérectomie** (1).

(1) Voir plus haut la communication de M. Doléris et la discussion qu'elle a provoquée.

MM. Audebert et Fournier (de Toulouse). — **Dilatation aiguë de l'estomac chez les éclamptiques.**

Nous avons observé deux cas de dilatation aiguë de l'estomac chez des éclamptiques. Pour le premier, les constatations cliniques étaient si nettes qu'il ne saurait y avoir de doute. Quant au second, l'autopsie nous a permis de constater *de visu* non seulement la dilatation de l'estomac, mais aussi celle du cæcum, du côlon et d'une portion du côlon transverse, que nous avait déjà révélée l'examen clinique.

En raison de l'extrême rareté de ces lésions, qui, à notre connaissance du moins, n'ont pas encore été décrites dans l'éclampsie, on doit se demander s'il ne s'agit pas seulement d'une pure coïncidence, ou s'il existe une corrélation quelconque entre l'éclampsie et la dilatation aiguë de l'estomac. Nous ne voulons pas trancher cette question et nous nous bornons à relever les symptômes qui ont précédé ou accompagné la stase gastrique.

Nos deux malades étaient des éclamptiques, gravement atteintes et portant des lésions avérées du côté de la glande hépatique, comme en témoignaient l'ictère, les hémorragies sous-cutanées, etc. De plus, elles avaient été soumises pendant de longues heures à des inhalations chloroformiques, et la quantité de chloroforme absorbée par elles n'a pas été inférieure à 150 grammes.

Enfin signalons cette dernière particularité, qui n'est pas sans importance, c'est que la seconde éclamptique a succombé à une streptococcie généralisée, ayant pour point de départ une infection utérine.

Quelle est la part qui revient à ces différents facteurs : auto-intoxication gravidique, lésions du foie, intoxication chloroformique, streptococcie ? Ont-ils eu une influence causale directe ou indirecte sur la dilatation aiguë de l'estomac ? C'est ce qu'il nous est impossible de préciser à l'heure actuelle.

MM. Audebert et Fournier (de Toulouse). — **Traitement des convulsions éclamptiques par la ponction lombaire** (1).

MM. Champetier de Ribes et Louis Senlecq. — **Traitement par l'adrénaline des hémorragies intestinales du nouveau-né.**

Il n'est pour ainsi dire pas d'hémorragies que l'on n'ait tenté d'arrêter avec l'adrénaline. Mais si l'emploi de l'adrénaline semble bien réglé chez l'adulte, tant dans les hémorragies externes (hémorragies nasales, pharyngées, ulcérations linguales cancéreuses, lésions oculaires) que dans les hémorragies internes (hématémèses, hémoptysies), il n'en est pas de même chez le nouveau-né. Comme chez l'adulte, l'adrénaline agit sur les hémorragies externes, telles les hémorragies du cordon. Nous voulons attirer l'attention sur son emploi dans les hémorragies intestinales, qui surviennent dans les premiers jours

(1) Mémoire publié *in extenso* dans les *Annales*, juin 1907, p. 350.

après la naissance, et dont on connaît toute la gravité. Nous ne croyons pas que des notions précises aient été données sur les doses à employer, sur la façon de faire pénétrer ce médicament dans l'organisme.

Quelques observations nous ont permis d'apprécier l'action efficace de ce produit et d'en préciser l'emploi thérapeutique. L'adrénaline a, en effet, été utilisée depuis plusieurs années contre les hémorragies de cet ordre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

La solution qui a été employée est la solution-mère, c'est-à-dire la solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième, dont nous rappelons la formule:

Chlorhydrate d'adrénaline	1	gramme
Solution de sérum physiologique	1.000	—
Chlorétone	5	—

(Le chlorétone n'a d'autre but que de maintenir la solution limpide.)

Il est nécessaire de se servir d'une solution fraîchement préparée. A la longue en effet, les solutions se troublent et deviennent physiologiquement inactives, par suite de la production d'oxyadrénaline.

L'adrénaline peut être donnée: *a*) par voie gastrique ; *b*) par voie rectale ; *c*) par voie sous-cutanée :

a) Par voie *gastrique*, elle a été donnée à la dose de VI-X-XX-XXX et même XL gouttes dans les 24 heures, diluées dans 30-60 grammes d'eau froide ou de sirop, que l'on faisait prendre par cuillerées à café d'heure en heure.

b) Par voie *rectale*, doses de V-X-XV gouttes, en lavement.

c) Par voie *sous-cutanée* (ce procédé n'a pas encore été, nous semble-t-il, préconisé chez le nouveau-né): nous injectons directement III-IV gouttes de la solution-mère, c'est-à-dire 3 ou 4 divisions de la seringue de Pravaz. Nous avons eu recours avec succès à ce procédé, dans un cas d'hémorragie très grave, que l'ingestion d'adrénaline ne semblait pas devoir arrêter. L'on peut encore joindre les gouttes d'adrénaline au sérum artificiel ; mais il semble plus facile, pour le dosage rigoureux de la quantité injectée, de pratiquer une injection d'adrénaline seule, même si l'on fait en même temps une injection de sérum.

Trois observations nouvelles démontrent que l'adrénaline, jointe à l'ingestion de boissons glacées, au jus de citron, à la suppression de l'allaitement, à l'application de la glace sur l'abdomen, à l'injection de sérum artificiel, permet de lutter avec efficacité contre les hémorragies intestinales du nouveau-né.

Mais, pour lutter avec chances de succès dans les cas graves, il faut user de doses assez considérables et ne pas craindre d'avoir recours aux injections sous-cutanées.

M. Pinard. — Habituellement, les hémorragies de l'appareil gastro-intestinal apparaissent chez les enfants issus de parents syphilitiques ou chez des enfants en puissance d'infection. J'ai rapporté jadis des cas dans lesquels la porte d'entrée de l'infection fut l'ingestion d'agents pathogènes fournis par le lait d'ânesse qui avait été employé. Or les observations que viennent de nous

communiquer MM. Champetier de Ribes et Senlecq ne semblent rentrer dans aucune de ces deux catégories.

Je me demande, du reste, si les hémorragies de l'appareil digestif qui, en dehors de la syphilis et de l'infection, surviennent chez les nouveau-nés, ne sont pas plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement. Il m'a semblé que dans quelques cas ces hémorragies pouvaient être considérées comme résultant du traumatisme de l'accouchement.

M. Wallich. — Dans les observations de MM. Champetier de Ribes et Senlecq le traitement à l'adrénaline peut avoir eu une action hémostatique, mais il est bon de noter que l'on s'est abstenu de recourir à toute médication active.

Les enfants ont été mis d'abord à la diète hydrique, et l'on a laissé autant que cela a été nécessaire leur tube digestif au repos, en n'administrant que de très petites quantités de liquide. Cette dernière thérapeutique a fait ses preuves et c'est à cette immobilisation du tube digestif qu'il semble essentiel de recourir tout d'abord, plutôt que d'employer, comme on l'a recommandé, l'alcool, le perchlorure de fer, l'eau de Léchelle ou autres substances que supportent très mal les voies digestives du nouveau-né.

D'accord avec M. Pinard, nous avons institué récemment dans un cas, à la clinique Beaudelocque, le traitement à l'adrénaline, suivant la formule de M. Champetier de Ribes; l'enfant qui avait des hémorragies considérables par le rectum a parfaitement guéri; mais il est à noter que l'adrénaline a été employée à un moment où une grande amélioration s'était déjà manifestée sous la simple influence de la diète hydrique.

M. Lepage. — Je crois, comme M. Pinard, que l'on publie rarement ces cas (que nous observons quelquefois) d'enfants qui, pendant quelques heures ou quelques jours, présentent des hémorragies du tube digestif qui n'ont pas de gravité, et qui ne sont liées ni à la syphilis, ni à l'infection.

Je partage également l'opinion de M. Wallich, relativement au pronostic et au traitement de ces hémorragies. Elles peuvent être divisées en deux catégories : les unes très graves, liées à la syphilis ou à l'infection et contre lesquelles toute médication échoue le plus souvent; les autres, d'un pronostic favorable, qui guérissent pour ainsi dire sans autre traitement que le repos du tube digestif. J'ai cependant observé, à deux ou trois reprises, des hémorragies légères chez des enfants issus de syphilitiques, et qui se sont terminées par la guérison.

M. Pinard. — On peut rapprocher ces hémorragies bénignes des écoulements sanguins légers que l'on observe chez les petites filles dans les quelques jours qui suivent leur naissance. Si, dans la majorité des cas, ces écoulements sont en rapport avec la maturation d'un follicule de de Graff comme j'en ai rapporté des observations, dans d'autres cas ces hémorragies peuvent résulter du traumatisme de l'accouchement.

Quant aux hémorragies graves, il sera intéressant, pour les arrêter, d'expérimenter l'adrénaline, dont l'administration paraît pour le moins inoffensive.

M. Doléris. — J'ai présenté jadis à cette Société la relation d'une petite épidémie de cas d'hémorragie vulvaire, survenue chez 8 petites filles nées depuis quelques jours à la Maternité nouvelle de Boucicaut.

Il s'agissait là d'hémorragies infectieuses épidémiques, car les enfants avaient de la fièvre et plusieurs ont succombé.

Dans les cas où les hémorragies sont d'origine infectieuse, elles se produisent en des points variés de l'économie.

Depuis cette petite épidémie, je n'ai plus observé d'hémorragies intestinales graves chez les nouveau-nés. Sans doute il est très vraisemblable que, dans les observations qui viennent de nous être rapportées, les hémorragies n'étaient pas d'origine infectieuse; cependant l'absence de température ne permet pas d'écarter absolument le diagnostic d'infection puisqu'il y a des cas d'infection à forme apyrétique.

M. Lepage. — Dans plusieurs cas, j'ai noté les hémorragies vulvaires chez des fillettes issues de la même mère; j'ai vu les trois ou quatre filles issues de la même femme présenter cette particularité, tandis que dans d'autres familles elle n'est pas observée. Je serais donc assez disposé à attribuer dans l'étiologie de ces hémorragies une certaine influence à l'hérédité.

M. Champetier de Ribes. — Je suis tout disposé à admettre cette influence héréditaire pour les hémorragies vulvaires.

Quant à l'hémorragie intestinale, je l'ai observée un certain nombre de fois dans des conditions où le traumatisme ne saurait guère être mis en cause.

Il est un point particulier à signaler : c'est que ces hémorragies ne surviennent généralement ni pendant le premier, ni pendant le second jour, c'est le plus souvent à la fin du deuxième jour et pendant le troisième qu'on les observe, lorsque l'intestin est en grande partie vidé de son méconium.

On peut se demander en pareil cas si, au moment de la première digestion du lait, il ne se produit pas une sorte de congestion intense de la muqueuse du tube digestif, congestion qui suffirait — si elle était très marquée — à produire l'hémorragie en question.

M. Pinard. — Je ne puis guère admettre la pathogénie qui vient de nous être indiquée par M. Champetier de Ribes, et je me demande comment le lait ingéré dans l'estomac pourrait faciliter par sa présence la production de l'hémorragie.

M. Doléris. — Je ne puis non plus me rallier à l'hypothèse de M. Champetier de Ribes et admettre que l'hémorragie intestinale provienne d'une cause locale; il est difficile de concevoir une hémorragie sans lésions du sang ni des vaisseaux.

M. G. Lepage. — **Mort du fœtus par torsion et élongation du cordon ombilical.**

Le cordon appartenait à un fœtus ayant succombé *in utero* au troisième



mois de la grossesse. Il présente sur une longueur de 1 centimètre, à partir de l'insertion ombilicale, une torsion plus marquée que d'habitude et un amincissement qui contraste avec le volume du reste du cordon. De plus, à 10 centimètres environ de l'insertion placentaire, le cordon présente sur une longueur de 5 à 6 millimètres un amincissement très accusé sans torsion. En l'absence de toute cause habituelle de mort du fœtus, je me demande si ces altérations du cordon ne sont pas la cause de la mort du fœtus ou si elles doivent être considérées comme consécutives à cette mort.

Séance du 13 mai 1907.

M. J. Mouchotte. — **Dystocie par tumeur kystique pelvi-abdominale et ablation de la tumeur. Opération de Porro.**

Femme de 38 ans. Réglée à 11 ans, elle a eu ses premiers rapports à 23 ans.

En 1893 et 1896, elle accouche spontanément et à terme.

En juillet 1901, elle avorte au cours du 4e mois.

Le 20 mars 1907, X..., alors enceinte de 8 mois, a une hémorragie légère, suivie du début du travail et d'une rupture précoce des membranes. Une tumeur kystique descend dans la moitié supérieure de l'excavation, en arrière et à gauche. Par sa partie supérieure, elle remonte au-dessus du détroit supérieur, au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche; sa limite supérieure est donc impossible à délimiter. L'orifice utérin est reporté très en avant, derrière la symphyse pubienne; il n'est pas circulaire, mais elliptique à grand axe transversal, et long d'environ 4 centimètres. La tête haut située est accessible à bout de doigt. Des pressions digitales douces et soutenues ne parviennent pas à refouler la tumeur dans la cavité abdominale. Les bruits du cœur sont accélérés. M. Pinard conseille d'intervenir le plus tôt possible par la voie haute.

M. Mouchotte pratique la laparotomie.

Extériorisation de l'utérus. Incision de sa face antérieure. Décollement partiel et rapide du placenta qui s'insère sur cette face.

Extraction de l'enfant au niveau de la partie supérieure de l'œuf. L'enfant est en état d'apnée; il est recouvert de méconium.

A ce moment, il se produit une alerte chloroformique et l'opération doit être suspendue pendant une dizaine de minutes. Pose d'une ligature élastique et d'une broche. Amputation utéro-ovarique suivant la technique de Porro.

La partie toute supérieure de l'incision péritonéale est suturée. Comme il a été fait une protection minutieuse de la cavité abdominale à l'aide de compresses, que d'autre part il ne s'est pas écoulé de sang ni de liquide amniotique dans cette cavité, M. Mouchotte fait mettre la femme dans la position déclive.

Il constate que la tumeur kystique, située en arrière et à gauche de l'utérus, déborde par son pôle supérieur (gros pôle) le pourtour du détroit supérieur, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche et descend par son pôle inférieur (petit pôle) jusqu'au tiers moyen de l'excavation. Des adhérences fixent la tumeur postérieurement; ces adhérences sont rompues et la tumeur peut être énucléée en totalité. Elle a le volume d'un très gros poing d'adulte et paraît être constituée par une kyste ovarien.

Le pédicule tubaire est sectionné après ligature au catgut; la femme est replacée en position horizontale. Suture du péritoine au catgut. Fixation du péritoine pariétal au moignon utérin. Drain au niveau de l'angle inférieur de la plaie. Suture de la paroi aux crins de Florence. Pansement aseptique.

Les suites opératoires ne furent troublées que le neuvième jour par une élévation de température à 39° avec pouls à 120 et paraissant en rapport avec une résorption de produits septiques au niveau du moignon. Le moignon tombe spontanément vers le quinzième jour. La femme quitte le service en bon état le 8 mai.

L'enfant, un garçon qui cria fortement après quelques instants d'apnée, pesait 2.750 grammes. Le placenta pesait 560 grammes. Le lendemain de la naissance, cet enfant présenta un ictère généralisé, très accusé : il fut élevé au sein maternel. Mais il ne cessa de décroître et mourut le treizième jour.

L'amputation utéro-ovarique était-elle justifiée ? ne fallait-il pas plutôt pratiquer une césarienne conservatrice ?

L'âge de la femme (38 ans), l'existence de grossesses antérieures et de deux enfants actuellement vivants, puis et surtout la rupture de la poche des eaux datant de 5 heures, constituaient tout au moins des indications relatives à l'amputation utéro-ovarique.

La rupture de la poche antérieurement à l'intervention constitue encore à l'heure actuelle et pour la plupart des accoucheurs, dans les cas où la voie haute est désignée, une indication absolue à l'opération de Porro. Notre maître M. Pinard nous a appris cependant à considérer cette rupture comme une indication relative : récemment, il nous faisait pratiquer une opération césarienne conservatrice chez une femme à bassin vicié, en travail depuis quatre jours, touchée par de nombreuses personnes appartenant au service, et ayant une rupture des membranes datant de 36 heures. La femme guérit sans autre incident qu'une élévation de température pendant les trois premiers jours. Mais chez la femme qui fait l'objet de notre communication, nous prévoyions l'existence d'adhérences fixant la tumeur kystique, la difficulté de la libération; d'autre part, l'utérus évacué, suturé et récliné en cas de césarienne conservatrice semblait devoir encore constituer une trop grosse masse pour permettre une intervention aisée.

MM. Dayot et Hardouin (de Rennes). — **Enclavement dans le bassin d'un utérus gravide fibromateux. — Myomectomie. — Guérison. — Accouchement à terme.**

Femme de 28 ans. Réglée à 14 ans. Elle n'a jamais eu de métrorrhagies.

Mariée il y a six mois, au bout de deux mois début d'une grossesse. Douleurs vives dans le bassin ; constipation opiniâtre ; tout le bassin est occupé par une tumeur arrondie, assez régulière, dure, résistante, immobile du volume d'une tête de fœtus à terme. Elle fait saillie à deux ou trois travers de doigt au-dessus du détroit supérieur. Le col de l'utérus, très ramolli, est refoulé en avant sous la symphyse et notablement abaissé; fibrome de la paroi antérieure de l'utérus compliqué de grossesse et enclavé dans le bassin.

L'état général n'est pas mauvais; pas d'albumine dans l'urine. En présence des troubles présentés par la malade et devant la certitude d'un avortement précoce si on laisse les choses dans l'état, étant donné d'autre part les dangers auxquels serait exposée la mère du fait de cette fausse couche dans les circonstances actuelles, nous nous décidons à intervenir par laparotomie.

Nous tombons sur la tumeur qui présente bien tous les caractères d'un fibrome utérin, et avec quelques efforts nous arrivons à désenclaver la masse et à l'attirer au dehors. Nous constatons alors que nous sommes en présence d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, du volume des deux poings environ. La tumeur fait absolument corps avec la paroi utérine, formant une saillie semi-cylindrique en avant, sans posséder à proprement parler de pédicule.

Nous incisons les couches superficielles de la matrice jusqu'au fibrome, et nous décortiquons aussi rapidement que possible la masse du néoplasme. Cette dissection

conduit jusqu'au niveau de la muqueuse utérine, que nous apercevons flasque sous le doigt, au fond de la plaie, une fois le fibrome complètement énucléé.

Au moyen de 3 à 4 catguts en U passés profondément de part en part des deux côtés des lèvres de la plaie, nous capitonnons sommairement la perte de substance, un surjet à la partie superficielle assure la péritonisation. Au moment de tout réduire dans le ventre nous constatons qu'en désenclavant la masse, un petit fibrome de la grosseur d'un œuf de poule, siégeant sur le fond de l'utérus, a été arraché, laissant malheureusement une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs très saignante. C'est à grand'peine, et après de nombreux passages de fils que nous pouvons arriver à arrêter en partie l'hémorragie, l'utérus continuant à saigner par les trous faits avec l'aiguille. Aussi, à notre grand regret, sommes-nous obligés de tamponner légèrement le fond de l'utérus avec deux mèches de gaze, puis nous refermons enfin la paroi abdominale sauf en bas pour le passage de nos mèches. Dans l'après-midi on donne à la malade un lavement avec 30 gouttes de laudanum.

Le lendemain matin, le pansement est refait. Il a été souillé par un liquide noirâtre abondant, qui a coulé entre les mèches, montrant bien qu'il s'est produit un suintement intra-péritonéal abondant. On enlève une des mèches.

La malade est fatiguée, déprimée, mais le pouls est bien frappé. Pas de température. Vingt-quatre heures après, ablation de la seconde mèche. La malade se sent mieux, elle n'a aucune douleur dans le ventre, seulement une vague sensation de gêne. Nous insistons pour qu'elle garde une immobilité absolue.

A partir de cette date rien de particulier à signaler, et trois semaines après l'intervention la plaie était complètement cicatrisée. A ce moment, la malade a présenté quelques malaises se traduisant par de la céphalée, un peu de température le soir, des vomissements et un peu d'albumine.

C'est dans cet état qu'elle a tenu à quitter la maison de santé, 5 semaines après son opération, pour rentrer chez elle. Après un repos d'une quinzaine de jours, ces troubles ont complètement disparu et la malade a continué normalement sa grossesse.

Elle est accouchée à terme d'un enfant du sexe masculin, du poids de 3 kg. 300. Le travail a été normal. La tête ayant quelques difficultés à franchir le périnée, le médecin présent fit une application de forceps et sortit facilement l'enfant.

Par contre, en nous donnant ces détails sur l'accouchement, il ajoutait avoir été obligé de pratiquer une délivrance artificielle qui fut particulièrement pénible par suite de l'adhérence extrême du placenta à la paroi utérine.

Les suites de couches ont eu lieu sans incidents. La mère et l'enfant sont actuellement en parfaite santé.

MM. Dayot et Hardouin proposent de ne conseiller le mariage à une femme atteinte de fibromes de l'utérus qu'après avoir insisté sur la nécessité d'une opération préalable. La myomectomie sera la méthode de choix.

M. Mauclaire. — Un point qui me paraîtrait intéressant à étudier, c'est celui qui a trait à la *résistance de la cicatrice post-opératoire*. C'est un point que je n'ai pas vu envisagé suffisamment par les auteurs qui se sont occupés de la myomectomie. Cette cicatrice pourrait bien se rompre soit au cours de la grossesse concomitante, soit au cours d'une grossesse ultérieure. Je n'en ai pas trouvé d'observation et cependant cette complication a déjà été envisagée au point de vue de la technique opératoire de l'opération césarienne. (Fruhinsholz, Opération césarienne répétée chez la même femme. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1906, p. 135 ; Couvelaire, Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne (9 cas). *Ibidem*, p. 158.)

Théoriquement je pense donc que la myomectomie doit être suivie d'une suture serrée en plusieurs plans et à points séparés, le plan profond étant musculaire, et le plan superficiel séro-musculaire. Mais je n'ai pas d'ex-

périence pratique sur ce point de la technique opératoire. Toutefois la myomectomie étant souvent assez difficile à faire régulièrement au point de vue de l'hémostase, la cicatrice fibro-musculaire n'est peut-être pas aussi régulière que celle que l'on obtient après l'opération césarienne. Elle pourrait bien se laisser distendre facilement et présenter une très faible épaisseur.

M. Lepage. — La conduite prophylactique proposée paraît tout à fait irrationnelle.

Quant à la cicatrice qui résulte de la myomectomie, M. Mauclaire demande quelle en est la valeur pendant le travail de l'accouchement. Je crois qu'il faut distinguer les cas : lorsque le fibrome est pédiculé, son ablation n'intéresse pour ainsi dire pas la paroi utérine, et il n'y a pas lieu de se préoccuper de la cicatrice. Telles sont les observations que nous avons rapportées ici avec Mouchotte ; il s'agissait de fibrome à pédicule tordu, dans lequel l'intervention intéressait à peine le tissu utérin : il ne peut y avoir aucun danger de rupture de cicatrice. Dans ces cas nous avons eu quelques difficultés d'hémostase ; il faut mettre les sutures le plus rapidement possible et faire de la compression pendant quelque temps. Lorsque le fibrome est sessile, la plaie peut intéresser plus ou moins profondément le muscle utérin, mais il est exceptionnel que cette plaie soit assez étendue et profonde pour créer quelque danger.

M. L. Championnière. — On a un peu exagéré la nécessité de l'intervention en cas de fibrome pendant la grossesse. Quand M. Trélat était à la Salpêtrière, il avait établi une statistique sur la fréquence des fibromes, d'après laquelle, à l'autopsie de vieilles femmes de 70 ans environ, il avait trouvé des fibromes une fois sur trois.

Je crois que le fibrome a de nombreux inconvénients, qui se manifestent de temps en temps, mais qu'il ne nécessite pas nécessairement l'intervention. Il ne faudrait donc pas d'avance condamner à la stérilité toute femme qui a des fibromes utérins. Je citerais un grand nombre de femmes, que j'ai suivies depuis le commencement de l'époque où elles étaient réglées jusqu'à la fin de leurs règles, qui n'ont eu aucune opération pour leurs fibromes et qui ont eu un ou plusieurs enfants.

Il y a des cas où l'opération est nécessaire. J'ai observé une femme chez laquelle j'ai enlevé un fibrome au 3e mois de la grossesse, j'ai eu de la difficulté pour faire l'hémostase. Elle avait un autre fibrome qui barrait le col en arrière; la grossesse a continué à évoluer normalement, le fibrome s'est assez ramolli pour permettre l'accouchement par les voies naturelles.

Il ne faut pas exagérer les dangers du fibrome au point de vue obstétrical, c'est assez d'en constater les dangers réels. Lorsque j'étais l'interne de M. Guyon, on commençait à palper les utérus. Une chose qui m'avait frappé en pratiquant ces palpers, c'était la fréquence de fibromes chez des femmes dont l'accouchement se passait très bien, qui perdaient seulement un peu plus de sang que les autres.

Quant aux cicatrices du muscle utérin, d'une manière générale, elles sont très solides, elles résistent bien. Toutefois il ne faut pas oublier qu'il y a deux

sortes de cicatrices : celles qui sont faites dans les opérations régulières et qui n'ont pas suppuré ; celles qui sont des cicatrices accidentelles et qui suppurent : ces dernières sont très fragiles et beaucoup de ruptures signalées s'y rapportent. De telle sorte que, s'il y a indication d'enlever un fibrome pendant la grossesse, il ne faut pas être arrêté par la crainte de créer une cicatrice qui ne serait pas assez résistante.

M. Pinard. — J'appuie ce qui vient d'être dit par MM. Lepage et Lucas Championnière et proteste contre cette conclusion de proposer une intervention à une femme qui, ayant un fibrome, désirerait se marier.

Pour ma part, depuis de longues années, j'ai été consulté sur ces cas par des femmes ayant des fibromes ; je n'ai jamais déconseillé le mariage ni conseillé l'opération par crainte de complications au moment de l'accouchement. Parmi les observations intéressantes que j'ai recueillies, en voici une : une femme, sœur d'un médecin, avait épousé un médecin. Bien qu'elle eût un fibrome volumineux — atteignant les dimensions d'une tête fœtale à terme — cette jeune femme de 32 ans en est à son septième enfant. J'ajoute que, cette femme ayant allaité, son fibrome a considérablement diminué.

Quelles sont les indications de la myomectomie ? Il n'y a pas beaucoup d'observations de myomectomies faites de propos délibéré ; dans beaucoup de ces interventions, les opérateurs ne se sont aperçus de l'existence de la grossesse qu'après avoir ouvert le ventre. Il n'y a que quelques observations dans lesquelles les complications justifiaient l'intervention au cours de la grossesse.

En réalité, les cas d'indications de myomectomie sont très rares.

M. Doléris. — Je ne crois pas sincèrement que l'on puisse envisager d'une façon aussi favorable l'évolution du fibrome pendant la grossesse : Si commun que soit le fibrome, pour si bénin qu'on le tienne en tant que néoplasme, il comporte une foule de dangers qu'on ne peut méconnaître, et dont quelques-uns sont fort graves : outre les hémorragies répétées et l'anémie profonde qui en résulte, les douleurs parfois vives, l'état de malaise continuel, la névropathie, la gêne cardiaque et respiratoire, la tachycardie réflexe, les adhérences viscérales, la compression des uretères, de l'intestin, les phlébites, l'embolie mortelle, la torsion du pédicule, l'ascite, l'annexite hémorragique ou suppurée, etc., me paraissent un cortège passablement sombre pour motiver mon pessimisme.

Or la grossesse et l'accouchement sont loin d'atténuer ces phénomènes ; ils les aggravent souvent au contraire, et la gestation, on le sait, pousse à l'accroissement rapide de telles tumeurs ! Il est vrai que l'avortement n'est pas rare dans l'utérus fibromateux, ce qui supprime les éventualités ultérieures.

Je me résoudrai donc facilement à considérer avec tranquillité les myomes dits gravidiques, surtout les fibro-myomes pelviens, sous-péritonéaux ou intra-ligamentaires, et la prévision assez fréquente d'une intervention ne me paraît pas devoir être reléguée parmi les perspectives exceptionnelles en pareil cas.

En ce qui concerne la myomectomie, j'ai renoncé à ces opérations conser-

vatrices, par le motif que j'ai trop souvent vu la récidive de nouvelles tumeurs se produire après cette intervention forcément incomplète. Ici même j'ai publié, à propos d'un mémoire de M. Segond, une note avec une statistique à l'appui de cette opinion.

Mais, je profite de l'occasion actuelle pour dire que, si la myomectomie n'est pas défendable en général, elle devient l'opération de choix quand il s'agit de tumeur fibreuse compliquant et menaçant sérieusement la grossesse. L'ablation de la tumeur est compatible avec l'évolution de la gestation jusqu'à terme.

Pour terminer, à propos des sutures, il semble qu'une suture bien faite, minutieusement suivie, et comprenant tout le plan musculaire, comme on a coutume de le faire dans la section césarienne, si elle ne s'infecte pas, si elle ne suppure pas, doit assurer une solidité suffisante de la paroi utérine, à la suite d'une réunion parfaite.

Dans quelques cas où j'ai pratiqué deux opérations césariennes chez la même femme, je n'ai pas observé de faiblesse manifeste de la paroi utérine sur laquelle on ne pouvait même pas retrouver la trace de la première incision. Il me semble qu'une bonne technique doit mettre à l'abri des accidents ultérieurs quand il s'agit de la myomectomie.

M. Schwartz. — Je suis absolument de l'avis des collègues qui viennent de prendre la parole, tout en étant peut-être un peu moins optimiste que M. Pinard. Je suis d'avis qu'il ne faut pas intervenir dans le plus grand nombre de cas. Toutefois, il ne faut pas oublier les complications que peuvent causer les fibromes pendant la grossesse.

Depuis la communication que j'ai faite ici, j'ai eu l'occasion d'observer deux faits qui montrent combien le fibrome peut être dangereux pendant la grossesse. Dans les deux cas, les femmes sont mortes de phénomènes d'occlusion intestinale causée par les fibromes.

M. Pinard. — Je n'ai jamais dit que les fibromes ne déterminaient pas d'accident; j'ai dit : les accoucheurs voient la règle, les chirurgiens l'exception; mais comme ils voient l'exception et pas la règle, ils ont tendance à considérer le fibrome comme un ennemi. M. Doléris formule presque cette règle, à savoir que, « lorsqu'on rencontre un fibrome, il faut l'opérer ». Je m'élève d'autant plus contre cette opinion que j'ai vu des centaines de femmes, ayant des fibromes, conserver leur utérus et devenir mères de famille ; ces femmes-là, vous n'avez pas le droit de les opérer.

M. L. Championnière. — La myomectomie est une opération bénigne, mais ce n'est pas une raison pour en abuser. Or on en abuserait si on adoptait la doctrine que Doléris vient d'exposer. Je crois que le fibrome est plus commun qu'on ne le dit ; je connais bien des femmes qui ont des fibromes, elles ont des règles assez abondantes, et leur état est excellent ; il y en a des quantités dans ces conditions.

Je me rappelle avoir vu une malade qui avait eu au troisième mois de la grossesse une hémorragie telle que le sang avait traversé tout le matelas; elle

a mené à bien sa grossesse; à la fin de l'accouchement il y a eu quelques difficultés, j'ai fait une application de forceps à la vulve et tout a été dit. J'ai suivi cette femme jusqu'à la ménopause, elle est en parfaite santé. Beaucoup de chirurgiens actuels auraient enlevé cet utérus, et ils auraient eu tort.

Je conclus en disant que le fibrome n'est pas vis-à-vis de la grossesse et de l'accouchement aussi méchant qu'on le dit et que paraissent le croire les chirurgiens.

MM. J.-A. Doléris et H. Roulland. — **Des processus pathologiques non infectieux du bassin (pseudo-annexites) chez la femme** (1).

A. Croisier (de Blois). — **Kyste congénital présacré chez une fille de quinze jours. Opération. Guérison.**

M. Riss (de Marseille). — **Monstre ectromélien avec malformations viscérales multiples.**

Le fœtus présentait les malformations suivantes :

Absence complète de tous les segments du membre inférieur gauche, y compris l'os iliaque ; développement incomplet du membre inférieur droit ; imperforation de l'anus et terminaison du côlon dans l'abdomen sans connexion avec le périnée ; absence du rein droit, de la capsule surrénale droite et de la vessie ; transformation kystique du rein gauche.

Séance du 10 *juin* 1907.

MM. Audebert et Dieulafé (de Toulouse). — **Grossesse extra-utérine. Mort du fœtus au cinquième mois. Sphacèle du kyste et de son contenu. — Extirpation totale. — Guérison** (2).

A. Grosse (de Nantes). — **Opération césarienne d'urgence.**

Primipare de 24 ans. Bassin légèrement aplati (promonto-sous-pubien de 10 cm. 5). Rupture précoce des membranes. Tête bloquée au détroit supérieur. Dilatation de 5 francs (bords de l'orifice durs et résistants). Souffrance de l'enfant. Pas de signes d'infection maternelle. Opération césarienne conservatrice. Enfant vivant de 3.280 grammes portant sur le pariétal gauche l'empreinte du promontoire. Suture utérine à la soie complétée par une suture superficielle au catgut.

Le soir de l'opération, temp., 38° ; pouls à 120 ; l'état général est satisfaisant. Dans les jours suivants, il y eut une ascension progressive de la température qui atteignit son maximum, 39°,5, le soir du cinquième jour. Le lendemain, le

(1) Mémoire publié *in extenso* dans les *Annales*, juillet 1907, p. 385.
(2) Observation publiée *in extenso* dans les *Annales de gynécologie*, août 1907, p. 472.



pansement est souillé de pus ; au niveau de l'ombilic une fistule abdominale allant vers le fond de l'utérus. Drainage, pansement humide à l'eau oxygénée.

La température tombe immédiatement à 37° et reste désormais à la normale.

La suppuration cessa rapidement après l'élimination d'un fil de soie.

Dans cette observation, ce n'est pas le léger défaut d'amplitude du bassin, qu'il était facile d'agrandir par symphyséotomie de façon plus que suffisante pour le passage du fœtus, qui nous a décidé à recourir à l'opération césarienne mais la rétraction prononcée de l'utérus qui devenait un danger pour la mère et l'état de souffrance du fœtus.

La délivrance immédiate par les voies naturelles était impossible à pratiquer, en raison du défaut de dilatation et de la résistance de l'orifice utérin ; attendre, tenter d'obtenir la dilatation lente du col à l'aide des procédés habituellement employés à cet effet (ballon, écarteur), eût été nous exposer à un double désastre : menace de rupture utérine pour la femme, mort certaine du fœtus qui n'eût pas tardé à succomber.

Dans ces conditions, l'opération césarienne constituait le meilleur moyen de mettre la mère à l'abri du danger qui la menaçait, l'unique chance de salut pour l'enfant. Dans la circonstance, elle nous a donné un excellent résultat, puisqu'elle nous a permis de délivrer rapidement la mère et d'extraire un enfant vivant.

M. Pinard. — L'observation de M. Grosse est intéressante : elle prouve que dans bien des cas on peut faire l'opération césarienne conservatrice, sans la restreindre aux indications considérées comme classiques par nombre de césariens.

Dans un mémoire très intéressant qu'il a lu récemment à l'Académie de médecine, notre collègue Lepage a rapporté un certain nombre d'opérations césariennes, dont une chez une femme qui était dans des conditions analogues à celles rapportées dans l'observation de M. Grosse : la paroi utérine était absolument teintée de méconium; et cela n'a pas empêché M. Lepage de recourir à l'opération césarienne avec un plein succès.

Je dois dire qu'il y a quelque temps j'ai poussé l'audace, presque la témérité, plus loin, dans les conditions suivantes : il s'agissait d'une jeune femme en travail depuis quatre jours, avec membranes rompues depuis longtemps et dilatation incomplète ; la tête n'était pas engagée, il y avait rétrécissement du bassin. J'eus recours à l'opération césarienne, non parce que je craignais la rupture de l'utérus — c'était une primipare — mais parce que l'enfant perdait du méconium, que la dilatation n'était pas complète (je ne pouvais pratiquer la symphyséotomie) : c'était pour sauver l'enfant que je n'ai pas hésité à prendre la voie haute. L'enfant a été extrait, et la femme a eu des suites opératoires normales.

Je crois qu'à l'heure actuelle — grâce à ces observations — les indications de l'opération césarienne s'étendent et que l'on pourra ainsi sauver un plus grand nombre de femmes et d'enfants.

M. Champetier de Ribes. — Les observations de M. Lepage m'avaient beau-



coup intéressé; celle de M. Grosse, celle que vient de nous rapporter M. Pinard confirment l'impression que j'ai des progrès réalisés par l'opération césarienne. On n'aurait jamais osé, il y a quelques années, tenter de faire l'opération césarienne lorsque les conditions classiques (intégrité des membranes, dilatation peu avancée) n'existaient pas.

Discussion sur le rapport de M. Mauclaire sur la conduite à tenir pour les fibromes pendant la grossesse.

M. J.-L. Faure. — Pour les fibromes ordinaires, en dehors de la grossesse, il est de toute évidence que les indications opératoires doivent être subordonnées aux conditions dans lesquelles se poursuit l'évolution du fibrome.

Aucun de nous n'hésitera à opérer un fibrome qui épuise la malade par les hémorragies, qui grossit à vue d'œil, qui étrangle l'intestin, qui comprime les uretères et provoque des troubles rénaux, qui s'enclave dans le bassin et entraîne des douleurs violentes, qui altère gravement la santé générale de la malade, etc.

Aucun de nous n'opérera un fibrome de petit volume, gros comme un œuf, par exemple, sous-péritonéal, découvert par hasard, et qui n'entraîne ni hémorragies, ni douleurs, ni compression quelconque, et qui ne semble pas augmenter de volume.

Il y a donc des fibromes que tous les chirurgiens opèrent et des fibromes que tous les chirurgiens respectent. Et il ne saurait y avoir de discussion que pour les fibromes intermédiaires à ces deux catégories, et qui sont d'ailleurs, il faut bien le reconnaître, de beaucoup les plus nombreux.

Que faut-il faire, pour prendre l'exemple le plus commun et le plus typique, lorsqu'on rencontre un fibrome gros comme le poing ou comme une tête de fœtus, qui ne provoque ni douleurs, ni compression, et qui se traduit seulement par des règles un peu abondantes ? Ce sont ceux-là, si je ne me trompe, que notre collègue Doléris pense devoir enlever, alors que MM. Lucas-Championnière et Pinard préfèrent s'abstenir.

Je pense, pour ma part, que la vérité est entre les deux et que la conduite à tenir dépend avant tout des circonstances.

Si la malade est près de sa ménopause et que le fibrome soit stationnaire, il me paraît évident que l'on doit s'abstenir, tout en le surveillant de très près, car la proximité de la ménopause est au contraire un gros argument en faveur de l'intervention lorsque les fibromes s'accroissent. C'est l'âge où apparaissent de préférence les tumeurs malignes et où se manifestent les dégénérescences de toute nature. Lors donc qu'à l'âge où les fibromes devraient s'arrêter, ou même régresser, ils augmentent de volume, il faut intervenir.

Lorsque la femme est encore jeune ou tout au moins lorsque l'époque probable de la ménopause est éloignée de quelques années, la conduite est plus délicate.

Je crois que l'intervention doit être la règle, et voici pourquoi. Aujour-

d'hui l'intervention dans les cas moyens est devenue en réalité fort bénigne, et je crois être dans la vérité en disant que la mortalité ne dépasse pas 5 p. 100, et qu'elle est même plutôt inférieure à ce chiffre.

Or je crois que, sur 100 femmes atteintes de fibromes de cette nature et abandonnées à elles-mêmes, il y en a un bien plus grand nombre qui finissent tôt ou tard par présenter des accidents graves. Je pense donc que sur 100 femmes non opérées la mortalité sera en fin de compte beaucoup plus élevée que celle qui pourra survenir sur les 100 femmes opérées. J'ajoute que la morbidité, dont il faut tenir compte, sera également plus sérieuse. Il n'est pas douteux que beaucoup de ces femmes, qui auront conservé leur fibrome sans que leur vie en soit compromise, auront cependant un état de santé médiocre et en moyenne très inférieur à celui des femmes débarrassées de leur tumeur.

M. A. Siredey. — Aux indications opératoires qui viennent d'être exposées, il convient d'ajouter les troubles cardiaques que l'on observe fréquemment chez des femmes qui ont des corps fibreux, surtout au voisinage de la ménopause.

Ce sont tantôt des crises de tachycardie, revêtant parfois des allures paroxystiques, tantôt des phénomènes d'hyposystolie avec suffocation au moindre effort, œdème péri-malléolaire et, quelquefois même, léger souffle d'insuffisance tricuspidienne.

Aux yeux de beaucoup de médecins, ces indices de lésions cardiaques constitueraient une contre-indication à l'intervention chirurgicale. C'est une grave erreur contre laquelle il importe de mettre en garde les praticiens.

Ces troubles liés à la présence des fibro-myomes disparaissent le plus souvent avec eux, et ils n'apportent aucun obstacle à l'opération, toutes réserves faites sur les cas où il existe de véritables signes de myocardite.

Dès que l'on constate ces troubles fonctionnels, on doit provoquer une intervention chirurgicale, sans laquelle on les verra s'aggraver.

J'ai observé depuis quelques mois trois malades de ce genre. L'une d'elles inquiétait d'autant plus son entourage qu'elle avait eu, quelques années auparavant, une maladie de Basedow. Elle a été opérée avec succès par J.-L. Faure et les accidents ont disparu.

M. Pinard. — Sauf sur quelques points de détail, je me rallie presque complètement à ce que vient de dire J.-L. Faure.

Pour lui, les fibromes utérins ne créent pas fatalement une indication opératoire, il y a des fibromes qu'on n'opère pas, il en est qu'il faut toujours opérer. Les premiers sont de petits fibromes qui ne déterminent pas de troubles fonctionnels ; les seconds déterminent des complications, des phénomènes de compression et des altérations du côté des annexes. Cette division sera, je crois, facilement admise par la plupart de nos collègues.

Il y a des femmes qui arrivent à l'époque de la ménopause ayant des fibromes non compliqués ; elles n'ont pas de troubles fonctionnels, mais des règles plus prolongées seulement, plus abondantes. Elles prennent de l'embonpoint, sont un peu essoufflées ; mais leur utérus garde sa mobilité complète ; le fibrome est indolore, il n'y a pas de phénomènes d'enclavement : on

peut attendre pour les opérer. Je vois nombre de femmes qui ont traversé cette crise de la ménopause; elles sont un peu pâles, elles font plus ou moins de tissu adipeux, et le fibrome n'augmente pas. Donc, lorsqu'il n'y a pas de troubles fonctionnels, il n'y a pas pour moi indication opératoire.

Notre collègue Faure a envisagé une autre catégorie de femmes, celles chez lesquelles la ménopause ne doit se produire que dans cinq ou six ans. J'avoue qu'il me paraît difficile de préciser, quel qu'ait été l'âge de la puberté, quand la ménopause doit arriver. Il y a des femmes qui n'ont plus leurs règles à 40 ans, et d'autres qui les ont encore à 50 ans. Je suppose que le pronostic hypothétique de la cessation des règles puisse être précisé et qu'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle les règles cesseront dans six ans, elle a un fibrome qui n'est pas plus gros que le poing. M. Faure dit que, dans ce cas, il vaut mieux opérer; la mortalité est très faible, elle ne dépasse guère 5 p. 100. En clinique, pour les malades il ne s'agit pas de moyenne, il s'agit d'individualités. Peu importe pour une femme qu'il n'y ait que 5 p. 100 de mortalité dans les interventions pour fibrome; l'important pour elle est de savoir si elle sera ou non dans les 5 p. 100; c'est une éventualité qui doit faire réfléchir. Aussi, je ne manque pas de dire à ces femmes qui n'ont pas de complications bien accusées, mais seulement des règles un peu plus fréquentes, un peu plus longues, quelque gêne résultant du poids de l'organe plus lourd : « Vous pouvez vous faire opérer immédiatement, vous aurez une vie nouvelle. Seulement, rappelez-vous que dans le sac du chirurgien il y a 100 boules : 99 blanches et une noire, et vous n'êtes jamais sûre de ne pas prendre la noire. » De sorte que je ne donne que rarement le conseil de l'opération. J'ai vu nombre de ces femmes traverser la ménopause sans être justiciables de la chirurgie.

Je crois que c'est en précisant les indications que l'accord se fera. Déjà il est entendu que tout fibrome compliqué doit être opéré dès qu'il a été diagnostiqué.

Notre collègue Faure a eu raison d'établir une autre catégorie de femmes, celles qui, à l'époque de la ménopause, voient leur fibrome évoluer et grossir. Pour moi, l'indication est formelle, non pas qu'il faille toujours penser à une transformation de mauvaise nature (je ne dis pas qu'elle n'existe pas), mais il est une variété sur laquelle Faure a insisté : ce sont les femmes qui voient tout à coup leur ventre augmenter de volume. On les opère et on trouve des cavités kystiques énormes ayant aminci la paroi utérine, de telle façon qu'elle a l'épaisseur d'une feuille de papier; sous la poussée du liquide, si on n'opère pas, on peut avoir une rupture de l'utérus (on ne fait pas toujours l'autopsie de femmes mortes de péritonite aiguë). Ce n'est pas la paroi abdominale qui augmente, c'est l'utérus fibromateux qui prend un développement énorme : il faut opérer.

En dehors de ces cas, quel que soit l'âge de la femme, il n'y a indication opératoire que lorsqu'il y a troubles fonctionnels menaçant la vie de la femme. J'ai vu bien des femmes ayant un fibrome gros comme les deux poings remontant à l'ombilic, mais dont l'organe est mobile, indolore, n'ayant aucun

trouble de la miction ou de la défécation, pas de phlébite, pas de phénomène d'enclavement, traverser la ménopause sans être obligées de s'adresser au chirurgien.

Quel que soit l'âge de la femme, pendant la période de fertilisation, je ne conseille pas le traitement opératoire prophylactique.

M. Doléris. — Un point reste en discussion, c'est l'influence exercée sur les fibromes par la crise ménopausale. Je dis crise, parce que ce mot s'applique aussi bien au fibrome qu'à l'utérus lui-même. Le fibrome subit aussi sa crise au moment de la ménopause : il prend un accroissement très considérable généralement, les symptômes s'aggravent et c'est ce qui fait que très souvent on est embarrassé. Faut-il opérer en prévision de la ménopause ou laisser à la ménopause le temps, soit de donner son autorisation, soit de marquer qu'il n'y a rien à faire? Je ne sais pas si, à cet égard, on a suffisamment tenu compte des variétés histologiques du fibrome : il y a des fibromes poli-nummulaires dont les noyaux ont tendance à s'énucléer vers la séreuse; il y a des utérus qu'on appelait autrefois géants, ces utérus à tissu uniformément rosé, uniformément composé de fibres musculaires, myomes. Il y a des variétés mixtes dans lesquelles le tissu fibromateux pur se mêle au myome, ou se juxtapose à lui. Ces diverses variétés, dont la distinction, au point de vue du pronostic, n'a pas été tentée et n'est d'ailleurs pas aisée, comportent certainement une conduite différente.

Je ne suis pas fâché d'avoir entendu M. Siredey parler de cette complication, que j'avais signalée rapidement : la tachycardie. Je rappelle que j'ai communiqué en 1889, à l'ancienne Société de gynécologie, un cas typique de malade fibromateuse affectée de tachycardie, avec ébauche d'exophtalmie, cœur affolé, ce qui avait été considéré comme une contre-indication à l'opération : la femme a été opérée et a très bien guéri de ses troubles cardiaques.

M. Doléris. — **Atrésie congénitale des deux trompes** (1).

M. Lejars. — **Atrésie congénitale de la trompe gauche** (2).

MM. Doléris et H. Roulland. — **L'hydrosalpinx expérimental** (3).

M. A. Fruhinsholz. — **Des lésions suppuratives développées dans les membranes de l'œuf.** (4)

A. Siredey et Henri Lemaire. — **Péritonite suppurée, bénigne, à streptocoque.**

Femme de 27 ans. Son père est mort de pneumonie à l'âge de 43 ans.

Depuis huit jours, phénomènes péritonéaux, survenus après une métrorrhagie probablement liée à l'expulsion d'un œuf de quelques semaines.

(1) Observation publiée *in extenso* dans *les Annales*, août 1907, p. 465.
(2) Observation publiée *in extenso* dans *les Annales*, août 1907, p. 468.
(3) Mémoire publié *in extenso* dans *les Annales*, août 1907, p. 465.
(4) Travail publié *in extenso* dans les *Annales*, octobre 1907, p. 577.



Le diagnostic présentait de réelles difficultés. La douleur diffuse de l'abdomen, les vomissements, l'empâtement constaté dans la région pelvienne ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une péritonite sous-ombilicale. S'agissait-il d'une péritonite tuberculeuse, comme auraient pu le faire penser l'apparence médiocre de la malade et les signes constatés au sommet des poumons ? Ou bien devait-on croire à une infection puerpérale consécutive à une fausse couche, ainsi que semblaient l'établir les renseignements donnés par cette femme ? Elle croyait que le dernier retard de ses règles avait été dû à une grossesse, et c'est à l'interruption brusque de cette grossesse qu'elle rapportait ses malaises.

La sécheresse de la langue, la sensibilité très vive de l'abdomen à la pression, la douleur et l'empâtement constaté autour de l'utérus semblaient fournir quelques prétextes à cette interprétation.

La malade fut soumise à la diète et au repos absolu, on maintint en permanence de la glace sur le ventre, et on se contenta de faire quelques irrigations vaginales d'eau alcaline, sous faible pression. On pratiqua une injection de sérum pour soutenir ses forces.

En quarante-huit heures, la situation changea de manière à enlever toute inquiétude. La température, qui atteignait 38°,5 et même 39°, descendit au-dessous de 38° : les vomissements cessèrent et la sensibilité de l'abdomen diminua très notablement. L'aspect de la physionomie devint meilleur et la sécheresse de la langue disparut.

Le 4 avril, sans malaises nouveaux bien caractérisés, le thermomètre montait à 40°, puis, brusquement, la fièvre tomba, et le 8 avril la malade, se sentant tout à fait bien, demandait à quitter l'hôpital.

Cependant si les douleurs avaient disparu, on constatait une augmentation très appréciable du volume de l'abdomen, due à la présence du liquide dans la région sous-ombilicale. L'épanchement, peu mobile, occupait la partie médiane et donnait lieu très nettement à la fluctuation et au choc sous l'influence du moindre déplacement.

La chute de la température, l'apparence enkystée de l'épanchement, l'absence de douleurs, faisaient penser à un exsudat en rapport avec une péritonite tuberculeuse, et la faible abondance du liquide ne semblait pas exiger une ponction. Néanmoins, comme la malade voulait absolument retourner chez elle, on pratiqua une ponction au moyen d'un trocart le 10 avril. Elle donna issue à 2 litres et demi d'un pus verdâtre, épais, sans grumeaux, sans odeur, ayant tout à fait l'apparence d'*une purée de pois*. La température qui était depuis 3 jours de 37°,5 et 38°, atteignit le soir 38°,4, pour baisser le lendemain, et elle se maintint les jours suivants au voisinage de 37°,5, ne s'élevant que rarement jusqu'à 38°.

La malade éprouvait un bien-être tel qu'elle demandait dès le lendemain à quitter l'hôpital, et on eut beaucoup de peine à la retenir au lit. Elle s'y résigna cependant ; le liquide se reforma bientôt et, dix jours plus tard, la malade fut confiée à notre collègue M. le docteur Lejars qui pratiqua la laparotomie et put évacuer rapidement ce vaste abcès intra-péritonéal. La plaie fut drainée et, au bout de trois semaines, cette femme quittait l'hôpital guérie, ne gardant qu'une petite fistule, aujourd'hui fermée.

La marche de la maladie, les caractères de l'épanchement purulent semblaient bien en rapport avec une infection pneumococcique. Or, à notre grande surprise, l'examen direct du pus, les cultures, les expériences faites sur des animaux, nous démontrèrent de la façon la plus évidente qu'il ne s'agissait pas de pneumocoque.

Le pus, très abondant, verdâtre, bien lié, non fétide, fut recueilli avec soin et minutieusement étudié. Les préparations nous révélèrent la présence de rares diplocoques non encapsulés. Ces diplocoques étaient placés côte à côte et non bout à bout. Ils formaient çà et là de courtes chaînettes de six ou huit éléments et restaient colorés par la méthode de Gram.

Les ensemencements en milieux ordinaires (gélose, bouillon et gélatine) donnèrent lieu à des cultures offrant les caractères de celles du streptocoque. Les préparations faites avec ces cultures révélèrent des cocci disposés en chaînes d'une vingtaine d'éléments.

Les ensemencements sur milieux organiques (sérum de jeune lapin, bouillon-ascite) amenèrent le développement abondant de cocci *non encapsulés*, placés côte à côte et groupés en courtes chaînettes de huit ou dix éléments.

L'inoculation sous-cutanée du pus à des souris ne tua aucun animal; elle provoqua la formation d'un abcès, où furent retrouvées les mêmes chaînettes de cocci non encapsulés. L'ensemencement du sang du cœur d'une de ces souris resta stérile. Les préparations de ce sang ne permirent pas d'y constater la présence de microbes. Au contraire, le bouillon ensemencé avec le pus de l'abcès poussa abondamment. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une culture pure de cocci groupés en chaînettes.

L'inoculation d'une culture du pus péritonéal en bouillon-ascite provoqua sur l'oreille d'un lapin un léger érysipèle, qui guérit en quelques jours.

Ce coccus avait une vitalité assez longue. Les premières cultures faites avec le pus de la péritonite sur les milieux ordinaires purent être repiquées avec succès au bout de plus d'un mois.

L'ensemble de tous ces caractères bactériologiques nous permet d'affirmer que l'agent de l'infection péritonéale de notre malade était un *streptocoque*. Sa faible action sur les animaux de laboratoire nous a montré que ce streptocoque avait une virulence atténuée. En raison de la difficulté du cas, l'un de nous a demandé à ce propos l'avis autorisé de M. le docteur Martin de l'Institut Pasteur, qui a confirmé notre interprétation.

Il s'agit donc cliniquement d'une infection à streptocoque qui aboutit à une suppuration péritonéale. Ce streptocoque était d'une virulence atténuée.

Il est beaucoup plus difficile d'être affirmatif sur l'origine de l'infection. Il nous paraît rationnel d'admettre qu'il s'est agi d'une infection consécutive à une fausse couche et qui s'est montrée ici d'une bénignité exceptionnelle.

M. Lejars. — La malade de M. Siredey a été très intéressante, surtout après les détails bactériologiques qui viennent d'être donnés : rien ne ressemblait à une affection pneumococcique comme cette affection streptococcique. Ce pus n'avait pas de grumeaux, il était sans odeur et siégeait dans une vaste cavité limitée de tous les côtés. J'ai mis un drain et la malade a guéri très simplement au bout de trois semaines, comme à la suite d'une laparotomie ordinaire, en conservant un état général excellent.

Je me souviens avoir vu à plusieurs reprises des péritonites suppurées très étendues, presque indolentes, qui avaient un aspect très grave. A l'hôpital Beaujon j'ai vu une de ces malades, dont le ventre était rempli de pus, venir à pied à l'hôpital, ne sachant pas ce qu'elle avait : il s'agissait peut-être d'une péritonite à streptocoque. Il y avait des poches multiples, l'intestin flottait dans le pus ; la malade mourut.

M. Pinard. — Cette observation prouve une fois de plus que les femmes atteintes de péritonite à streptocoque ne sont pas fatalement condamnées, de même qu'il faut dire que les péritonites à pneumocoque ne guérissent pas toujours. J'ai vu dans mon service deux cas de péritonite à pneumocoque, dont l'analyse bactériologique avait été faite : les deux femmes sont mortes.

Il faut savoir qu'en clinique il n'y a rien d'absolu ; aussi ne faut-il pas dire : « L'analyse bactériologique a démontré que c'était du pneumocoque, donc la femme guérira, ou que c'était du streptocoque, donc la femme mourra. »

M. A. Croisier. — **Grossesse extra-utérine rompue au huitième mois. — Conservation dans la cavité péritonéale, pendant les huit mois suivants, du fœtus mort et en voie de putréfaction.**

Femme de 28 ans, qui a déjà eu deux grossesses précédentes qui se sont très bien passées, mais les enfants sont morts en bas âge.

La grossesse actuelle semble à la malade s'être poursuivie normalement pendant six mois. Le seul phénomène anormal qu'elle signale est l'existence de douleurs violentes et presque continuelles, qui, malgré tout, ne la tourmentent pas. Elle n'a pas consulté une seule fois pendant le cours des huit mois de la grossesse.

Au huitième mois, un soir, les douleurs deviennent brusquement plus violentes, puis cessent tout aussi brusquement, si bien que la malade s'endort et n'a jamais passé une aussi bonne nuit depuis le premier jour de la grossesse.

Le lendemain au réveil, elle constate qu'elle ne sent plus remuer le fœtus. Sans s'en tourmenter, elle patiente quelques jours, raconte son histoire à une matrone du pays qui l'encourage à patienter encore. Elle patiente tellement qu'il se passe encore *huit mois* pendant lesquels elle continue à travailler aux champs sans se porter plus mal. Pendant ces 8 mois-là elle n'a jamais souffert.

Au bout de ce temps, c'est-à-dire 16 *mois après le début de la grossesse*, des douleurs reparaissent. L'état général devient moins bon, le teint devient jaune, la femme maigrit.

La palpation dénote la présence d'une masse abdominale qui a bien l'air d'un fœtus, dont on croit retrouver les membres.

Utérus d'un développement de 2 mois environ.

Une masse existe sur le flanc latéral gauche de l'utérus et légèrement en arrière, grosse comme une grosse orange, mollasse, comprimant le rectum, s'isolant de l'utérus, mais s'isolant aussi de ce que je crois être le fœtus.

Le diagnostic reste donc hésitant. La seule chose nette est l'indication opératoire. Il faut opérer sans tarder.

Opération le 8 *décembre* 1906. — Incision médiane de la paroi abdominale, ouverture du péritoine.

Apparaît alors l'épiploon tendu comme une toile au-devant des anses intestinales et leur adhérant légèrement en de nombreux points. La partie médiane de cet épiploon est plus amincie. Je l'effondre complètement et, écartant les anses grêles, j'arrive sur une masse grisâtre, grosse comme un œuf, que je m'efforce de suivre et de décoller des anses grêles voisines et qui se continue avec une masse beaucoup plus grosse ; je reconnais être sur un genou du fœtus et cheminer ainsi vers son dos. La reconnaissance faite, je continue le décollement facile de toutes les adhérences glutineuses faites avec l'intestin et j'amène un fœtus qui a conservé presque sa grosseur normale, La tête était dans l'hypochondre droit, profondément cachée. Il n'y a trace nulle part, autour de lui, de membranes fœtales ni de leurs débris.

Je continue mon exploration et, plongeant dans le petit bassin, je saisis cette masse mollasse, grosse comme une orange, qui était latérale et postérieure à l'utérus. Je l'amène facilement et je reconnais une trompe normale dans son extrémité utérine, excessivement grosse au niveau du pavillon qui contient le placenta et les membranes, dont l'ensemble est presque méconnaissable. Le placenta forme une sorte de purée verdâtre. Les membranes ne sont pas séparables de la trompe elle-même.

Cette masse s'est facilement énucléée du petit bassin. Ligature du pédicule et section.

Je termine l'opération par la résection partielle de l'épiploon. Je mets dans le petit bassin un drain sortant par la plaie abdominale, drain que j'enlève au bout de 48 heures.

La guérison s'est faite très normalement, sans fièvre et sans incident.

L'opération terminée, j'examine les pièces anatomiques. Le fœtus est gris jaunâtre, avec quelques taches verdâtres principalement au niveau de l'abdomen. — La tête est un peu déformée ; il y a un léger chevauchement des différents os du crâne.

La peau se desquame avec facilité, la couche superficielle de l'épiderme s'enlevant par grandes plaques au moindre frottement.

Les membres ont leur attitude normale : bras repliés au-devant du thorax, membres

inférieurs repliés au-devant de l'abdomen. Ils sont bridés par des adhérences, sortes de cordelettes tendues d'un point à un autre, principalement aux angles de flexion.

Le placenta est, comme je l'ai dit, presque méconnaissable. On y trouve cependant trace de l'insertion du cordon. Il en reste 1 centimètre de longueur à son insertion au milieu de la masse placentaire; sur le fœtus, d'autre part, il existait aussi 1 centimètre de cordon. Le reste a disparu.

Les points particuliers à mettre en saillie sont :

a) La durée de 8 mois de cette grossesse avec fœtus vivant ;

b) La façon dont s'accomplit la rupture du kyste qui, sauf une douleur violente et momentanée, n'amène aucun trouble général, n'empêche pas la femme de passer une bonne nuit ni de reprendre son travail accoutumé le lendemain matin;

c) La conservation du fœtus mort pendant 8 autres mois, sans aucun trouble de la santé de la mère qui vaque quand même aux travaux des champs;

d) L'état de putréfaction légère et commençante du fœtus, l'état plus particulier du placenta qui semble en putréfaction beaucoup plus avancée, malgré l'état général très satisfaisant encore, sans température et avec un pouls normal.

REVUE ANALYTIQUE

Sur la question de l'interruption artificielle de la grossesse pour tuberculose pulmonaire. (Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungen-tuberculose). C. PRADELLA, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 2, p. 139.

C'est évidemment là une question fort épineuse et qui, nécessairement, est jugée de façon fort diverse. Aussi, l'auteur a-t-il commencé son travail par une exposition soigneuse et critique des opinions émises par les accoucheurs les plus éminents, y compris les nôtres (Tarnier, Pinard, Budin, etc.). Cet exposé terminé, il présente les observations, qui sont le fondement de son travail et qui furent recueillies à la *Universitats-Frauenklinik* de Zurich, prof. Wyder ; *la tentative de procurer au médecin praticien des indications pour la détermination à prendre et la conduite à suivre doit être l'aboutissant du présent travail.* Voici reproduites quelques-unes de ces observations, pour donner une idée plus nette des conditions dans lesquelles on intervient en général à la clinique de Zurich.

OBS. I. — Ménagère, 23 ans, Vpare. Antécédents héréditaires positifs. Aggravation de l'affection pulmonaire tuberculeuse du premier degré par la grossesse. Provocation de l'avortement au troisième mois. Amélioration durant les suites de couches. Evolution ultérieure : amélioration persistante, arrêt de la tuberculose pulmonaire, aptitude au travail, donc *succès positif.* Suivant le rapport du mari du 23 décembre 1905, la femme vit et reste apte à travailler, 12 ans et demi après l'avortement prématuré.

OBS. II. — Blanchisseuse, 35 ans, IIIpare, hérédité positive. Aggravation de l'affection pulmonaire tuberculeuse du premier degré par la grossesse actuelle. Avortement artificiel au troisième mois. Amélioration pendant les suites de couches. Evolution ultérieure : amélioration persistante, arrêt de la tuberculose pulmonaire, capacité de travail, donc *succès positif*, d'après le rapport du médecin où il est écrit : le résultat fut persistant jusqu'à la prochaine grossesse en 1894, pendant laquelle survint une aggravation nouvelle de l'affection pulmonaire. A la seconde entrée à la clinique, la femme était encore au premier degré de la maladie. Un avortement artificiel provoqué le 30 juillet 1874, à quatre mois, eut de nouveau un *résultat positif*, qui dura jusqu'à la nouvelle grossesse en 1906. A une aggravation au début succéda, par les ménagements, les soins, le traitement, une amélioration. L'accouchement (jumeaux qui moururent tôt) fut spontané. La femme se remit bien et redevint apte au travail. Un examen du 29 juillet 1900 constata une tuberculose stationnaire mais au deuxième degré. La femme reste apte au travail et capable de gagner sa vie, 12 ans 3 mois après le premier avortement artificiel.

OBS. III. — 29 ans, IIpare, hérédité négative. Aggravation d'une tuberculose pulmonaire du deuxième degré par la grossesse actuelle. Complication : vomissements. Avortement provoqué à quatre mois. Amélioration durant les suites de couches. Evolution ultérieure : amélioration persistante, arrêt de la tuberculose pulmonaire, aptitude au travail, donc

succès positif, suivant les constatations du médecin dont le rapport du 4 février 1905 constate : tuberculose pulmonaire, au deuxième degré, stationnaire ; la femme reste entièrement apte au travail, 10 ans 6 mois après l'avortement artificiel.

Obs. IV. — Ménagère, 44 ans, XIpare, hérédité positive. Aggravation d'une tuberculose pulmonaire au premier degré par la grossesse. Avortement provoqué à trois mois. Amélioration durant les suites de couches. Évolution ultérieure : amélioration persistante, arrêt de la tuberculose pulmonaire, capacité au travail, donc *succès positif*, d'après le rapport des médecins du 29 juillet 1900. — « Le résultat se maintint jusqu'à la nouvelle grossesse en 1896, qui s'accompagna d'une aggravation avec passage de la maladie du premier au deuxième degré. L'avortement artificiel provoqué le 1er mai 1896 à trois mois fournit un *résultat positif* qui dura jusqu'à l'examen du 29 septembre 1900, où il fut consigné : tuberculose pulmonaire au deuxième degré, stationnaire et capacité de travail entière. — La femme vit avec une aptitude au travail qui va en décroissant (âgée de 54 ans et demi) ; la tuberculose pulmonaire est restée stationnaire, en quelque sorte guérie, 10 ans et demi après le premier avortement artificiel, suivant le rapport de la malade du 8 décembre 1905. « Dans l'hiver de 1904, je dus à cause de la toux violente consulter le Dr S... Celui-ci me dit qu'il *n'aurait jamais prévu que mes poumons guériraient aussi bien.* » La femme n'avait plus eu d'accouchements.

Obs. V. — Ménagère, 41 ans, IVpare, hérédité positive. Aggravation d'une tuberculose pulmonaire du deuxième degré par la grossesse actuelle. Avortement provoqué à quatre mois, amélioration durant les suites de couches. Evolution ultérieure : amélioration persistante, arrêt de la tuberculose pulmonaire, aptitude au travail, donc *succès positif*, suivant le rapport du médecin du 28 décembre 1905. « J'ai eu l'impression, écrit ce dernier, que *dans ce cas l'avortement a sauvé la vie* ou que, du moins, il a arrêté tôt le processus tuberculeux, qui, durant le premier mois de la grossesse, s'était rapidement étendu. 9 ans 9 mois après l'avortement artificiel, en novembre 1905, la femme fit une rechute de tuberculose pulmonaire après une attaque d'influenza.

Obs. VI. — Ménagère, 27 ans, IIIpare, hérédité négative. Aggravation d'une tuberculose pulmonaire du deuxième degré par la grossesse actuelle, qui, au début, se compliqua de vomissements. Avortement provoqué à trois mois. Amélioration durant les suites de couches. Evolution ultérieure : amélioration passagère, aggravation persistante, aggravation de la tuberculose pulmonaire, incapacité au travail, mort, *résultat négatif*. Le décès survint 2 ans 9 mois après l'accouchement artificiel.

Obs. VII. — Ménagère, 30 ans, IVpare, hérédité négative. Aggravation d'une tuberculose pulmonaire du deuxième degré par la grossesse existante. Le 12 décembre 1896 la femme se présenta à la clinique, on lui conseilla l'avortement artificiel. Il fut résolu de temporiser pour avoir un enfant vivant. A sa rentrée à la clinique, on constata que la maladie était passée du premier au deuxième degré. Provocation de l'avortement à 7 mois, le 28 janvier 1898, anurie 1 mois et demi après le premier examen. D'abord, aggravation puis amélioration persistante, arrêt de la tuberculose pulmonaire, donc *résultat positif* qui se maintint quelques mois. Mais, vers la fin de l'été, la faiblesse augmenta, et la femme décéda le 5 novembre 1897, soit sept mois après l'accouchement artificiel.
Suit la relation de dix autres cas.

Au résumé, du 11 juillet 1893 au 17 mai 1902, à la « Zuricher Frauenklinik », on a interrompu artificiellement la grossesse 22 fois, avec l'indication nette de la tuberculose pulmonaire. Mais, pour des raisons spéciales, 19 seulement de ces cas peuvent être utilisés pour la solution de la question au débat.

Des 19 femmes,	12, soit 63 p. 100,	étaient	âgées de	20-30 ans
	7 — 37	—	—	40-45 ans.

Dix de ces femmes étaient dans des conditions de bien-être satisfaisantes ; au contraire, 8, dès leur sortie de la clinique, durent reprendre les fatigues de leur ménage et de leur métier.

Hérédité positive : 11 fois.

— négative : 8 — ; des femmes décédées, 3 avaient une hérédité positive, 2 non.

Primipares	3
IIpares	3
IIIpares	4
IVpares	6
Vpares	2
XIpare	1

Dix-sept fois sur 19, soit 90 p. 100, l'action de la grossesse se traduisit par une aggravation du cas ; 2 fois (10 p. 100) une influence fâcheuse n'apparut pas.

Stade de la tuberculose. — *a*) 1[er] degré : 9 ; *b*) 2[e] degré : 6 ; *c*) 3[e] degré : 4.

Dans 9 cas, la tuberculose pulmonaire se compliqua (tuberculose cutanée et osseuse grave : 1, anémie accusée, tuberculose laryngée et coxalgie, pleurésie séreuse et vomissements, pleurésie séreuse avec vomissements et diarrhée, etc.), 4 des cas compliqués = 44 p. 100 appartiennent aux résultats négatifs, 5 = 56 p. 100 aux résultats positifs ; 2 des résultats positifs et 1 négatif (ou mort) correspondent au 1[er] et 2[e] degré ; un résultat positif et 2 négatifs ou décès correspondent au 3[e] degré.

Des 5 cas de morts survenues ultérieurement, il s'agissait dans 4 de tuberculose compliquée = 4/5.

Une fois seulement, l'accouchement prématuré fut provoqué au 6[e] mois ; 18 fois on provoqua l'avortement : 1 fois à 2 mois, 6 fois à 3, 5 fois à 4, 1 ois du 4[e] au 5[e] mois, 2 fois à 5 mois, 1 fois du 5[e] au 6[e] mois, 1 fois au 6[e], 1 fois au 7[e] mois.

La narcose fut employée chez 15 femmes et supportée sans aucun inconvénient. Chez une femme qui, déjà avant l'opération, avait présenté de l'expectoration sanglante, on constata 2 fois *sub partu* de l'expectoration sanglante louche ; d'ailleurs, dans l'ensemble, la maladie ne parut pas avoir été aucunement influencée par l'intervention.

Suites de couches. — Il survint pendant les suites de couches une amélioration de la tuberculose pulmonaire dans 15 cas = 80 p. 100 ; l'aggravation apparue durant la grossesse persista au cours du puerperium chez 2 femmes = 10 p. 100 ; chez les 2 autres femmes = 10 p. 100 chez lesquelles une aggravation ne s'était pas produite durant la gestation, l'état resta le même durant les suites de couches.

Évolution ultérieure. — Le résultat fut positif dans 14 cas = 74 p. 100, négatif dans 5 = 26 p. 100, abstraction faite du degré de la maladie.

En tenant compte du *stade de la maladie*, les chiffres deviennent : sur 9 cas du 1[er] degré, résultat positif dans 8 = 89 p. 100, négatif dans 1 = 11 p. 100 ; sur 6 cas du 2[e] degré, résultat positif dans 5 = 83 p. 100, négatif dans 1 = 17 p. 100 ; sur 4 du 3[e] degré, positif dans 1 = 25 p. 100, négatif dans 3 = 75 p. 100.

Si l'on rapproche ces résultats de ceux consignés dans d'autres statistiques (de Turban, par exemple) et afférents aux constatations faites sous le rapport de la guérison dite absolue ou relative (de Brehmer), au moment de la sortie de malades, après un traitement de 7 mois et demi, on obtient les chiffres suivants, ceux entre parenthèses indiquant nos résultats : 1er degré, 97,7 p. 100 (89 p. 100), 2e degré, 73,2 p. 100 (83 p. 100) ; 3e degré, 23,6 p. 100 (25 p. 100). Si l'on ajoute à nos chiffres les avortements provoqués dans les cas 2 et 4 avec résultat positif à la clinique de Zurich en 1894 et 1896, les résultats pour le 1er degré se présentent ainsi : sur 11 opérations, résultats positifs : 10 = 91 p. 100, négatif : 1 = 9 p. 100.

Évolution ultérieure. — Cinq morts survenues à une distance du moment de l'accouchement : de 5 semaines, 1 ; de 6 mois, 2 ; de 1 an 2 mois, 1 ; de 2 ans 9 mois, 1. Chez 4 de ces femmes, la tuberculose pulmonaire était en partie gravement compliquée. Le chiffre des résultats négatifs égale celui de la mortalité.

L'issue fatale dans les 14 cas avec résultat positif fut le suivant : la tuberculose pulmonaire était encore stationnaire ou guérie, les femmes étaient incapables de travailler et de vaquer à leurs occupations après un laps de temps de

12 ans	5 mois	après l'accouchement	artificiel	. . . .	1
12 —	3 —	—	—	. . . .	1
10 —	11 —	—	—	. . . .	1
10 —	7 —	—	—	. . . .	1
9 —	9 —	—	—	. . . .	1
8 —	1 —	—	—	. . . .	1
6 —	9 —	—	—	. . . .	1
3 —	9 —	—	—	. . . .	1
3 —	6 —	—	—	. . . .	1
3 —	1 —	—	—	. . . .	1
2 —	11 —	—	—	. . . .	1
	6 —	—	—	. . . .	2
	2 —	—	—	. . . .	1

Après suppression de l'unique cas d'accouchement prématuré, les résultats pour l'avortement provoqué sans considération du degré de la tuberculose sont : résultat positif, 14 = 78 p. 100 ; négatif, 4 = 22 p. 100 ; avec considération du degré, les résultats restent semblables pour le 1er et le 2e degré. Sur les 3 femmes arrivées au 3e degré, résultat positif : 1 = 33 et demi p. 100, résultat négatif, 2 = 66 et demi p. 100 des cas.

Deux fois, l'indication eut un caractère purement prophylactique, parce que, durant les grossesses et accouchements antérieurs, à évolution spontanée, la tuberculose pulmonaire avait empiré, 17 fois, parce qu'au cours de la grossesse actuelle, une aggravation s'était produite.

L'opération même, qui consiste presque exclusivement dans la dilatation à

la Hégar, le tamponnement et l'évacuation manuelle, s'accomplit, dans les 29 cas utilisés ici aussi bien que dans les 3 autres non utilisés par insuffisance de renseignements, régulièrement et sans accidents.

Dans un cas qui ne put être utilisé et dans lequel il fallut provoquer l'avortement dans le 3e mois de la grossesse, l'inhabileté d'un assistant qui opérait causa une lésion qui nécessita l'enlèvement de l'utérus à contenu septique. *Mort* 3 jours après, par péritonite septique.

Défense du mariage. — Elle ne saurait être absolue. Nécessaire quand il s'agit de sujets atteints de processus en activité, difficilement stationnaire, on ne saurait l'imposer à ceux dont la maladie reste stationnaire depuis une année ou deux.

Indépendamment du degré et du caractère de la tuberculose, la situation sociale du malade importe aussi beaucoup.

Que doit faire le praticien quand il s'agit d'une femme enceinte tuberculeuse?

Tout d'abord, déterminer s'il s'agit d'un processus progressif ou stationnaire.

A-t-on, par un diagnostic précis, établi qu'une tuberculose pulmonaire, développée récemment ou récidivée durant la grossesse, est devenue progressive, le premier but du médecin sera de s'efforcer de combattre la maladie par des moyens éprouvés et puissants. Les cas urgents exceptés, nous sommes persuadés que l'effort d'enrayer la maladie par un traitement antituberculeux rationnel est un temps préparatoire, indispensable, à toute intervention chirurgicale. Grâce à l'expectation secondée par une thérapeutique médicale rationnelle, on obtiendra nombre de résultats positifs. Par contre, dans d'autres cas, l'amélioration ne se produira pas et nécessité sera d'intervenir : *dans quels cas, faudra-t-il adopter le traitement chirurgical?*

D'une manière générale, nous tenons l'interruption artificielle de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire pour indiquée dans les cas où la discussion du pronostic permet d'entrevoir une amélioration ou une guérison de la mère ou le salut de l'enfant.

Mais, dans cette discussion du pronostic, il convient de se défier d'une division par trop schématique des cas d'après le degré de la maladie.

Nous fondant sur les indications individuelles, nous estimons l'accouchement artificiel indiqué dans les cas où une tuberculose, devenue progressive, active pendant la grossesse, n'est pas enrayée ou guérie; encore, quand des circonstances extrinsèques font impossible une telle méthode de traitement, ce qui est le cas le plus fréquent chez les malades peu ou pas fortunées. Le traitement chirurgical supprime d'abord la cause nocive et, de ce fait, doit produire un arrêt et préparer une guérison.

C'est l'*indication thérapeutique.*

Femme enceinte avec une tuberculose stationnaire : que doit faire le praticien ? Dans ce cas, nulle raison d'intervenir chirurgicalement; cependant toutes les fois que la chose est possible, s'efforcer de son mieux d'empêcher la maladie de devenir active, progressive.

La question devient plus complexe quand, de la considération des grossesses antérieures, il ressort qu'après une gestation régulière, la tuberculose pulmonaire ne s'était aggravée qu'après un accouchement spontané.

Dans ces cas, quand on peut, avec raison, rapporter aux processus qui évoluent dans la sphère génitale et non à toute autre circonstance, l'aggravation survenue *post-partum*, on est justifié à intervenir, c'est l'*indication prophylactique*.

Mais, quand une intervention dans ce sens prophylactique n'a pas donné un résultat positif, également dans les cas où un accouchement prématuré justifié par une tuberculose progressive a été suivi de résultats défavorables, il y a indication à la *stérilisation artificielle.*

Quand doit-on, dans un cas donné, pratiquer l'accouchement artificiel?

Dans l'intérêt de la mère, l'interruption artificielle de la grossesse, et aussitôt que possible, nous paraît indiquée, lorsque l'évolution progressive de la tuberculose pulmonaire se montre ou bien qu'elle persiste à une époque où le produit de conception n'est pas encore viable, et que, d'après l'appréciation médicale, une expectation jusqu'au moment de la viabilité du fœtus, doit aggraver le pronostic de la mère au point qu'on ne pourrait plus espérer un résultat positif.

D'une manière générale, le médecin doit s'efforcer d'empêcher la maladie de passer du 1er au 2e degré, du 2e au 3e.

Quand, la maladie étant en évolution progressive, le fœtus est viable, la décision à prendre devient plus délicate. Pour la mère, il faudrait agir au plus tôt; pour l'enfant, il faudrait temporiser de façon à augmenter sa viabilité: *Dans ces cas, l'enfant étant viable, il faut s'efforcer d'intervenir assez tôt pour ne pas risquer, par une expectation exagérée, de laisser compromettre à ce point l'état de la mère qu'on ne puisse plus escompter un résultat positif.*

La décision pour le praticien est particulièrement difficile lorsque l'aggravation de la maladie de la mère avoisine de très près le moment de la viabilité de l'enfant; en ce cas, le médecin doit prendre sur sa responsabilité de retarder le plus possible l'intervention dans l'intérêt de l'enfant.

Quand la maladie de la mère paraît irrémédiable, seul, l'intérêt de l'enfant doit être pris en considération. Dans ces conditions, il faut s'efforcer de mettre au monde un enfant aussi résistant, aussi viable que possible, tout en assurant à la mère le maximum de ménagements.

D'autre part, il est un principe capital: *l'indication de l'intervention doit être posée et établie pour chaque cas.*

Quant au *procédé opératoire*, le plus recommandable est celui qui mène au but, en ménageant *au maximum* la malade.

La narcose est bien supportée par les tuberculeuses. *L'accouchement fait spontanément ou artificiellement, il faut tenir en observation les accouchées tuberculeuses et, quand cela paraît nécessaire, les soumettre à un traitement antituberculeux rationnel, jusqu'à ce qu'on puisse formuler un jugement définitif sur l'évolution ultérieure et l'issue finale de la maladie.* C'est là le seul moyen



de préciser l'influence de l'accouchement et des suites de couches sur la tuberculose pulmonaire.

Naturellement, il faut défendre l'allaitement et prévenir de nouvelles grossesses. D'autre part, l'interruption de la grossesse offre au point de vue médico-légal, pour le praticien, des difficultés réelles. Aussi, faut-il entourer le diagnostic, le pronostic, de toutes les précautions nécessaires, appeler en consultation des confrères compétents, exiger le consentement écrit de la malade et du mari, etc., etc.

R. L.

Leucoplasie et carcinome du vagin et de l'utérus (Leukoplasia und Carcinoma vaginæ et uteri). O. v. Franqué, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LX, Hft. 2, p. 237.

Une observation intéressante rapportée très minutieusement (histoire clinique et surtout détails histologiques) a été le point de départ de ce travail, à l'occasion duquel l'auteur utilise, en particulier, et cite très longuement les travaux français antérieurs d'Hotman de Villiers et Thérèse (1), de Pichevin, de Jayle et Bender, etc. Il relate également 3 cas de prolapsus dans lesquels il y avait aussi de la leucoplasie, association qui, à son avis, en dépit de la pénurie jusqu'ici des observations correspondantes, ne lui paraît pas devoir être rare. Ses conclusions sont celles-ci :

1° La leucoplasie du vagin, qu'elle soit localisée sur la portion vaginale du col de l'utérus ou sur des parties basses de la muqueuse du vagin, doit être toujours tenue pour un symptôme très suspect, parce que, presque dans tous les cas jusqu'ici connus, il y eut consécutivement développement d'un carcinome. Aussi, importe-t-il de soumettre toujours les points affectés à l'examen microscopique, et convient-il dans l'exérèse, pour l'examen explorateur, d'enlever tous les tissus douteux, précaution qui, dans le cas d'Hotman de Villiers et Thérèse, prévint peut-être le développement d'un carcinome. D'autre part, la leucoplasie du vagin peut éventuellement révéler la présence d'un cancer de l'utérus, qui passerait autrement inaperçu.

2° Histologiquement, la leucoplasie du vagin ne montre qu'exceptionnellement tous les caractères de la leucoplasie vulvaire. Régulièrement, on ne trouve que la sclérose de la tunica propria, l'infiltration par des cellules rondes de la couche sous-épithéliale de la tunique propre, l'allongement des papilles, la prolifération du stratum germinativum, l'épaississement du stratum mucosum. Il n'y a pas toujours formation et épaississement d'une vraie couche cornée ; et dans un seul et même cas, cette formation peut se faire sur une étendue très variable et de façon tout à fait irrégulière. La formation d'un stratum granulosum, ou même une hypergranulose, n'a lieu qu'exceptionnellement, 2 fois seulement jusqu'ici. La différence, par rapport à la leucoplasie vulvaire, tient dans l'absence ou dans une formation médiocre, au niveau du vagin, d'un stratum corneum et granulosum.

(1) *Annales de Gyn. et d'Obst.*, octobre 1896, p. 459.

3° La leucoplasie du vagin consiste donc dans une prolifération épithéliale atypique, développée sur une inflammation chronique avec forte tendance vers une dégénérescence maligne, tout à fait analogue aux modifications épithéliales connues de la vulve, du tégument externe, de la muqueuse buccale. Il suffira ici de rappeler les localisations leucoplasiques sur le prépuce et sur le gland, récemment signalées par Kraus.

4° Il convient d'accorder une attention particulière à la première observation de ce travail comme premier exemple d'un carcinome diffus du vagin, qui put être examiné à un stade tout à fait précoce. Ce fait montre que la dégénérescence maligne commence simultanément dans le stratum germinativum et dans le stratum mucosum, et qu'il peut être déjà reconnu, en des points favorables, avant que l'invasion épithéliale dans la tunica propria ne soit accomplie. Il est vraisemblable que la forme diffuse du cancer du vagin débute toujours de la même manière, et simultanément, sur beaucoup de points.

5° La combinaison du prolapsus du vagin et du cancer n'est pas une éventualité très rare. Ici encore, la leucoplasie peut se montrer comme avant-coureur du cancer.

6° Dans le traitement du cancer du vagin, le plus sûr est dans l'exérèse simultanée de l'utérus et du vagin. Quant aux procédés opératoires, dans lesquels, après incision circonférentielle de l'orifice vulvo-vaginal, une grande incision para-vaginale à la Schuchardt est très indiquée, ils subiront des modifications appropriées à chaque cas.

R. L.

Streptocoque et thrombose. Recherches expérimentales sur les conditions de production de la thrombose veineuse streptococcique (Streptococcus und thrombose. Experimentelle Untersuchungen über die Entstehungsbedingungen der Streptokokkenvenenthrombose). H. VON BARDELEBEN, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 1, p. 1.

Après un tracé rapide de l'évolution dans les idées sur la nature et la pathogénie des thromboses puerpérales, l'auteur expose le programme de ses recherches : étudier d'abord la nature des thromboses septiques en général, les rapports du streptocoque avec la coagulation du sang, les conditions créées par ses manifestations vitales et par l'état hématologique, conditions dans lesquelles des thromboses se font dans les veines, puis étudier minutieusement tout le système veineux du bassin féminin dans ses ramifications et anastomoses, finalement apprécier les notions acquises et les confirmer par l'imitation du processus infectieux et son traitement chirurgical sur une série de grands mammifères, dans le but d'obtenir des points de repère pour l'intelligence de ce même processus, de son évolution et de ses conséquences dans l'espèce humaine.

Les recherches actuelles doivent servir à solutionner la première question, celle des *rapports du streptocoque avec le processus de thrombose dans le sang*



veineux de l'organisme vivant. Le plan de ce travail est le suivant : a) *raison et description de la coordination des recherches*; b) *recherches préliminaires;* c) *conditions étiologiques externes;* d) *infection virulente du sang stagnant;* e) *résultats comparatifs de l'infection virulente libre intra et péri-veineuse et de l'infection par stagnation;* f) *infection sanguine intra pariétale;* g) *résultats de tentative d'infection sanguine transpariétale;* h) *recherches microscopiques, morphologiques;* i) *streptocoques et leucocytes.*

La **conclusion fondamentale** qui découle de ces recherches est celle-ci : *les streptocoques lèsent les leucocytes par leur toxine; de plus, quand ils sont très virulents, ils ont, comme effet de leur pullulation, une action directe. Des leucocytes lésés, et seulement de ceux-là, sort une substance qui précipite la fibrine du plasma sanguin.*

Considérations générales. — Une étude plus approfondie de la thrombose streptococcique montra comme circonstance prépondérante les *rapports des cocci avec les streptocoques.* Les érytrocytes étaient également lésés, mais d'une manière passive. Ils furent affectés par les streptocoques, lésés, tués, mais sans réagir eux-mêmes sur les streptocoques. Combien autrement avec les leucocytes. Ici, il y eut *action* et *réaction.* Et cette action réciproque prit une réelle importance. La cellule bactérienne et le poison bactérien peuvent concourir à la destruction du leucocyte, mais pas au même degré. La collision du streptocoque avec le leucocyte est pour le premier, en quelque sorte, une sorte de mesure de ce qu'il peut. Il faut alors qu'il porte au maximum son énergie vitale ! La vitalité de la cellule est l'élément décisif. Le poison de la bactérie est à la fois un agent de secours et de protection. Leucocytes sur leucocytes meurent : les séries décimées peuvent être remplacées, et il n'est pas d'obstacle définitif à une nouvelle irruption leucocytaire. L'issue de la lutte est subordonnée à la résistance de la cellule bactérienne. Par nécessité, en quelque sorte, nous vîmes un streptocoque, primitivement anodin, s'exalter : sa virulence fut intensifiée ; toutefois, cette virulence reste dans des limites étroites. Sans moyens auxiliaires artificiels, le streptocoque était perdu, qui, dans le principe, n'était pourvu que d'une faible virulence.

Mais fut-il protégé contre l'irruption progressive de nouvelles masses leucocytaires, ou bien soustrait à l'instant à l'action de leucocytes vivants, alors son énergie vitale se développa *au maximum* et le streptocoque conserva longtemps sa haute virulence.

Un second fait qui se dégage de ces recherches, c'est *la faculté de résistance spécifique de la paroi vasculaire contre le streptocoque :* elle constitue même pour le streptocoque très virulent un obstacle sérieux, qu'il évite spontanément, et qu'il ne surmonte, contraint, qu'après hésitations. Et la paroi vasculaire reste une barrière infranchissable pour le streptocoque faible. Aucun autre tissu ne fait preuve à l'égard du streptocoque d'une semblable résistance. Ces deux circonstances: *a*) *rapports réciproques des leucocytes et des streptocoques,* et *b*) *qualité de la paroi vasculaire* permettent une intelligence, une appréciation des thromboses streptococciques diverses.

Elles ne surviennent que par l'intermédiaire de *l'infection intraveineuse du sang*. Car les streptocoques peu virulents sont incapables de parvenir dans le sang après traversée de la paroi veineuse, et les streptocoques très virulents préfèrent toute autre voie; ils trouvent d'ailleurs toujours d'autres voies de pénétration, parce qu'ils écartent les leucocytes qui, seuls, par la formation d'une paroi de défense, pourraient réaliser une clôture.

Nous n'observâmes des thromboses veineuses par les streptocoques que lorsque les streptocoques parvenaient dans un sang stagnant ou peu à peu lorsqu'ils pénétraient à travers la paroi. Les conditions dans lesquelles nous obtînmes expérimentalement l'invasion de streptocoques très virulents, ne se présentent pas dans la nature. Mais on peut démontrer dans tous ses détails l'action des streptocoques à partir de la paroi interne des vaisseaux. Il ne faut pas nier formellement que les streptocoques puissent être, de la cavité utérine, jetés directement dans le courant sanguin libre, mais cette éventualité est très hypothétique. Elle n'apparaît du reste que pour les germes très virulents. D'autres, apportés directement dans le libre courant sanguin meurent. Mais les streptocoques virulents trouvent dans les voies lymphatiques des voies plus nombreuses et plus commodes.

Il faut donc ranger parmi les éventualités les plus rares une infection générale directe, originaire de l'utérus, par la voie sanguine.

Il est concevable qu'une démarcation soit déjà établie par une infiltration leucocytaire sous l'influence d'excitations réitérées, quand les streptocoques arrivent dans la cavité utérine. Quoi qu'il en soit, les seules portes ouvertes du côté du sang sont les veines béantes. Sont-elles encore ouvertes, les streptocoques peuvent pénétrer le long de la paroi veineuse; sont-elles fermées par des caillots, ces caillots peuvent être traversés. Les parois du moignon veineux sont-elles solidement soudées, un streptocoque, si virulent qu'il soit, trouve à ce niveau un obstacle comme au niveau d'une paroi leucocytaire.

La condition capitale pour la production d'une infection sanguine par les streptocoques à point de départ utérin et puerpéral, est donc une occlusion imparfaite des moignons veineux. — Le fait ne se produit qu'au cas d'une insuffisance de contraction de la musculeuse utérine. Dans l'atonie, l'hyperémie veineuse augmente, la section veineuse transversale dans le plexus veineux est plus grande, le courant sanguin devient plus lent.

Les conditions spéciales dans le système veineux de l'utérus comportent avec elles, secondairement, qu'une infection de son contenu conduit d'abord, et presque sans exception, à la thrombose. Et l'évolution ultérieure de la thrombose est subordonnée à la virulence actuelle du streptocoque ou à sa faculté d'exaltation de sa virulence par la rencontre avec le leucocyte.

Le streptocoque est-il très virulent, il ne sera que peu de temps arrêté par la coagulation du sang. Cet obstacle à pénétrer plus avant par la voie sanguine le force à forcer la paroi veineuse. La thrombose veineuse ne constitue alors qu'un état accessoire dans une infection générale.

Avec une faible virulence, nous observâmes des thromboses veineuses sans

phénomènes généraux. Elles cédaient devant le courant sanguin continu, et ces faits ont leurs analogues dans les phlébites puerpérales, dans lesquelles se manifeste seul le trouble de la circulation sans aucun phénomène réactionnel.

Nous vîmes dans d'autres cas ces mêmes streptocoques s'exalter.

La thrombose causée par eux s'étendit contre le courant sanguin. Le poison fabriqué par les cocci provoqua des phénomènes généraux. Il se fit de l'œdème. Les bactéries acquièrent manifestement une plus haute virulence. Mais, finalement, elles furent vaincues par les leucocytes (désintégration, ramollissement puriforme avec formation d'abcès vers la surface ou restauration après réalisation de condition de circulation meilleure).

Ce processus correspondait complètement à la phlegmatia alba dolens, ou processus thrombosique analogue, parti de l'utérus puerpéral. L'exaltation éventuelle de la virulence des streptocoques ayant été maintenue artificiellement à un haut degré, le thrombus se décomposa et suppura, l'animal succomba au bout d'une semaine. Ce fut là le pendant de la pyémie thrombo-phlébitique.

De ces faits expérimentaux et de ces observations, découlent les enseignements suivants : « la pyémie-thrombophlébitique puerpérale est curable par l'occlusion vasculaire centrale, parce que sa forme typique, non compliquée est causée par des streptocoques qui se maintiennent toujours à une virulence moyenne, au point que, s'ils peuvent progresser au dedans des vaisseaux, ils sont incapables de pénétrer par effraction à travers la paroi vasculaire, par suite de la résistance même de cette paroi et aussi de la résistance du manteau leucocytaire entourant le vaisseau dont ils ne peuvent empêcher la formation.

Mais il est illusoire d'essayer de guérir par des ligatures ces thromboses streptococciques qui ne représentent qu'un symptôme d'une infection générale, ayant débuté par l'introduction de streptocoques dans les veines utérines, et dans laquelle la virulence des streptocoques est telle que la thombo-phlébite n'est qu'un stade accessoire, et que les parois veineuses ne peuvent opposer aux cocci qu'un obstacle momentané. R. L.

Des ovariotomies vaginales durant la grossesse (Vaginale ovariotomien in graviditate). I. Democh, *Monatsch. f. Geb u. Gyn.*, août 1907, Hft. 2, p. 143.

Obs. — X..., 29 ans, 3 accouchements antérieurs, dernières règles 2 mois auparavant ; accuse des douleurs, à droite, dans la région hypogastique. *Examen* : utérus antéfléchi porté en avant et élevé, portion vaginale du col de l'utérus flasque. Le Douglas est refoulé en bas par une tumeur résistante, de la grosseur d'une tête fœtale, et fixée, à un certain degré, dans le petit bassin. Comme un accouchement normal était incompatible avec la présence de cette tumeur, l'opération fut résolue, et le 28 décembre 1904 on fit la *colpotomie postérieure* : Sous narcose éthéro-chloroformique, ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur, ponction puis dégagement assez facile du kyste. Le pédicule fut excisé et le moignon abandonné dans la cavité péritonéale, puis le péritoine et le vagin fermés par suture au catgut. Hémorragie modérée, suites opératoires apyrétiques. T. ne dépassa pas 37°,4. P., 88 par minute. Le 14e jour *post-opératoire, exeat*, la malade étant guérie. Continuation régulière de la grossesse, naissance à *terme* d'un enfant vivant.

L'observation qui précède a été le point de départ de ce travail. L'auteur y

rapporte d'abord toutes les opérations d'*ovariotomie vaginale in graviditate* pratiquées en Allemagne depuis 1895 (en tout 20, soit 21 avec le cas nouveau). Ces cas se répartissent en 2 groupes : ovariotomies vaginales *sub partu*, 4 ; ovariotomies vaginales avant la fin de la grossesse, 17.

Commentaires. — Les auteurs sont aussi peu d'accord sur l'ovariotomie vaginale *sub partu* que sur l'ovariotomie vaginale, prophylactique en quelque sorte, en pratiquée durant les premiers mois de la gestation. Si l'ovariotomie vaginale est général la moins agressive, elle n'est pas toujours la plus commode (adhérences fortes, tumeurs dermoïdes, pédicule court, mobilité minime de la tumeur). En ce qui concerne l'ovariotomie vaginale durant la grossesse, si les statistiques sont exactes, on ne devrait prendre en considération que les intérêts de la femme et les dangers qu'entraîne une tumeur compliquée de grossesse, et alors on se rangerait à l'opinion des Flatan, Graefe, Ott, Pfannenstiel, Rose, Zweifel et autres, qui sont partisans décidés de l'opération. Il est certain que des accouchements peuvent être normaux quand il s'agit de tumeurs petites; mais dès que la tumeur tend à grossir, qu'elle augmente très notablement les douleurs de la femme, etc., le moment d'opérer est venu, et le mode d'intervention ne sera pas le même au début que vers la fin de la gestation.

La statistique actuelle comprend 22 cas d'ovariotomie vaginale, dont 17 du 1er au 5e mois de la grossesse : de ces 17 cas, 2 furent opérés par colpotomie antérieure (Rausch-Zweifel), les autres par colpotomie postérieure : *mortalité maternelle* 0 p. 100 ; dans 3 cas, avortement = 17,65 p. 100. Toutefois, il convient d'écarter 2 cas, parce qu'il y avait eu auparavant des avortements, d'où disposition antérieure à l'avortement, et que, de plus, les fausses couches survinrent plusieurs jours après l'*exeat*, par conséquent non plus sous l'influence directe de l'ovariotomie, donc un seul avortement sur 17 cas ou 21 = 5,88 p. 100 ou 4,76 p. 100 *mortalité infantile* contre 0 p. 100 mortalité maternelle.

Dans le cas 12, la colpotomie antérieure fut faite ; l'avortement ne se fit qu'au 3e jour après l'*exeat* ; néanmoins comme il n'y avait jamais eu avant de fausse couche, il paraît très probable que l'intervention fut la cause de cet avortement, qui se fit à 3 mois. Dans le cas 11, en dépit de cette même méthode, la grossesse alla à terme. A bien examiner le fait, il semble qu'il eût mieux valu, dans le cas 12 où l'utérus était antéfléchi, le laisser en sa situation et pratiquer la colpotomie postérieure. *Pour le choix du moment le plus propice, d'une manière générale, l'opérateur doit avoir surtout en vue les intérêts de la mère.*

De cette petite statistique, il ressort que la colpotomie postérieure donna dans tous les cas des résultats remarquables quant aux mères, et une mortalité infantile de 13,33 p. 100. Il en fut autrement pourl a colpotomie antérieure : toujours résultat excellent pour les mères, mais pour les enfants 50 p. 100 de mortalité. Pour la totalité des colpotomies, soit 21, les chiffres deviennent : mortalité *maternelle*, 0 p. 100, *infantile* 14,76 p. 100, tous les avortement étant portés au passif de l'opération.

Si on les compare aux résultats fournis par l'ovariotomie abdominale, la

méthode vaginale, sous le double point de vue des intérêts des mères et des enfants, est à préférer. Pour l'ovariotomie abdominale, en effet, Dsirné donne : mortalité maternelle, 5,9 p. 100 ; infantile, 22 p. 100 ; Wahmer donne : mortalité maternelle, 5 p. 100, infantile, 22,4 p. 100 ; Grafe donne une mortalité maternelle de 2,7 p. 100.

D'autre part, les suites des cas de tumeurs ovariques compliquées de grossesses *non opérés* prouvent qu'on a raison de pratiquer l'ovariotomie. Heiberg a réuni 271 observations de tumeurs ovariques non opérées, sur lesquelles plus d'un quart des mères moururent et deux tiers des produits de conception. D'après Litzmann, de 56 mères, 24 moururent ; d'après Jeller, plus de 33 p. 100, et d'après Playfair, plus de 50 p. 100. R. L.

Au sujet de l'opération Alexander-Adams (Zur Alexander-Adamschen Operation). SPAETH, *Munchener med. Wochensch.*, mars 1907, p. 608.

L'auteur résume la portée de son travail dans les conclusions suivantes :

1° La rétro-versioflexion mobile de l'utérus, qui se complique d'accidents (douleurs, stérilité), réclame, en cas d'échec ou de non-essai du traitement par les pessaires, un traitement chirurgical ;

2° Le procédé de choix est l'opération Alexander-Adams modifiée, parce qu'elle est d'exécution aisée, non dangereuse, sûre dans ses résultats, et qu'elle ne crée pas des conditions de dystocie ;

3° En ce qui concerne la technique opératoire, il convient de conseiller : l'incision du canal inguinal; un raccourcissement des ligaments de 8 à 10 centimètres; la suture du canal inguinal avec des fils non résorbables; par-dessus, une suture continue au catgut du fascia superficiel, en comprenant l'aponévrose du muscle oblique externe; enfin, la réunion de la peau avec les agrafes de Michel. R. L.

Un cas de gangrène phlegmoneuse de la vulve chez une femme enceinte (Ein Fall von Gangrena phlegmonosa vulvæ bei einer Schwangeren). L. GOTH, *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 18, p. 514.

Une jeune femme de 18 ans, multipare, enceinte d'un peu plus d'un mois, fait une chute dans laquelle les organes génitaux externes portent contre les talons. Sur le moment, un peu d'engourdissement, pas d'ecchymose, pas de signe de contusion. Trois jours après, gonflement, douleurs au niveau de la région, symptômes qui vont toujours en s'accentuant. État général bon, pas de fièvre; quinze jours après, état local grave ; congestion bleuâtre de la région des grandes lèvres, surtout accusée à droite; une partie de la peau décollée pend à la façon d'un sac au niveau de la grande lèvre droite ; au niveau de la grande lèvre gauche existe une exulcération. Les altérations s'étendent vers le pubis et le méat urinaire. Comme le processus, — sûrement de nature gangreneuse, — va en progressant, on intervient avec l'électro-cautère, qui permet d'abord d'exciser le sac cutané sphacélé, puis, après incision au bistouri du tissu

sous-labial où existe une large bande de sphacèle, de produire une eschare sèche de la région en voie de sphacèle. Pansement à la gaze iodoformée, vessie de glace, cathéter à demeure. Suites opératoires bonnes, apyrexie à peu près complète ; le 17e jour *post-opérat.*, l'eschare était à peu près complètement détachée ; *la guérison complète* se fit en 43 jours. L'examen *histologique* mit en évidence les modifications caractéristiques d'un processus nécrotique ; quant à *l'examen bactériologique*, qui porta particulièrement sur les zones intermédiaires du tissu sain au tissu de sphacèle, il ne mit en évidence que des staphylocoques et quelques courtes chaînettes de 6 à 8 éléments (pas de bactéries, pas de bacilles). De la discussion, au sujet du diagnostic différentiel (bartholinite, abcès péri-rectal, surtout noma), l'auteur conclut à une *gangrène phlegmoneuse de la vulve.*

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

A. RIBEMONT-DESSAIGNES. — **Iconographie obstétricale.** Fascicule II, 92 pages, 12 planches hors texte. Masson, éditeur.

Ce deuxième fascicule est consacré aux anomalies et monstruosités fœtales. Une étude d'ensemble met d'abord lumineusement au point les travaux des plus illustres tératologistes, au premier rang desquels se placent Etienne et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Dareste. Puis vient l'exposé analytique de types particulièrement intéressants.

Parmi les anomalies histologiques, M. Ribemont-Dessaignes étudie spécialement l'ichthyose fœtale, l'hypertrichose généralisée et la diathèse angiomateuse.

Les rapports anormaux de l'amnios et du fœtus, les adhérences placentaires et amniotiques, les brides amniotiques, envisagés comme facteurs de monstruosités (celosomie, exencéphalie, pseudo-encéphalie, amputations congénitales), sont magistralement exposés.

Huit observations anatomo-cliniques servent de base personnelle à cette étude.

Douze planches reproduisent les aquarelles de M. Ribemont-Dessaignes, et nous ne pouvons devant cette nouvelle série que redire notre admiration pour la valeur scientifique et artistique de ces merveilleuses planches, fixant dans leur forme et dans leur couleur tant de pièces rares et intéressantes.

A. COUVELAIRE.

Fibromes utérins et puerpéralité, par J. JAMAIN. Thèse de Paris, 1907.

Voici les conclusions de ce consciencieux travail, basé sur les documents de la clinique Baudelocque :

Les fibromes, rares avant 30 ans, deviennent plus fréquents à partir de cet âge. Ils s'observent avec une fréquence relativement grande chez les femmes qui n'ont pas été fertilisées (Pinard).

Lorsque, chez une femme atteinte de fibrome, survient une grossesse, dans l'immense majorité des cas, l'évolution de cette grossesse reste normale.

Cependant quelquefois mais très rarement, l'évolution de la grossesse est troublée par une complication : phénomènes de compression, de torsion, de réaction péritonéale ; excès de volume ou multiplicité des tumeurs ; hémorragies liées ordinairement à une insertion vicieuse du placenta ; dégénérescence ou marche galopante du fibrome. Ces complications peuvent nécessiter alors l'intervention chirurgicale.

Cette intervention sera, suivant les cas, conservatrice (myomectomie) ou mutilatrice (hystérectomie). Certains, se basant sur le siège, la forme et le volume de la tumeur, préconisent tantôt la voie vaginale, tantôt la voie abdominale. Pour notre part, et d'accord avec notre maître Terrier, nous recommanderons toujours la voie abdominale.

De même, le travail et la délivrance ont le plus souvent une physionomie normale chez les femmes atteintes de fibromes. Cependant, il semble que, chez elles, l'insertion vicieuse du placenta, la présentation du siège, la lenteur de l'expulsion soient plus fréquentes que chez la parturiente normale ; aussi relate-t-on une plus grande fréquence des interventions obstétricales (forceps en particulier, exceptionnellement basiotripsie).

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que les fibromes créent une dystocie : tumeurs très volumineuses ou enclavées ; complications concomitantes, hémorragies inquiétantes ; l'intervention chirurgicale sera alors nécessaire.

L'intervention sera, selon les cas, conservatrice (césarienne) ou mutilatrice (Porro, sus-vaginale, abdominale totale).

Les suites de couches ne sont qu'exceptionnellement modifiées par les fibromes. Toutefois, surtout après les avortements, on peut constater la suppuration des fibromes ou observer des signes d'infection et des hémorragies. Dans ces cas, fort rares, on fera l'hystérectomie sus-vaginale ou totale.

Chez les femmes dont les fibromes sont vivants et en voie d'évolution, l'allaitement détermine une régression des tumeurs (Pinard).

De notre étude, un fait se dégage dont l'importance est capitale, c'est que le fibrome ne complique véritablement la grossesse, l'accouchement et les suites de couches que dans des cas très rares, et que le meilleur traitement prophylactique que l'on puisse instituer consiste à obliger les femmes à observer, suivant l'indication de notre maître Pinard, *le rythme harmonieux de la reproduction*. Elles seront fertilisées jeunes, allaiteront leurs enfants et éviteront la stérilité secondaire.

Le Gérant : G. Steinheil

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, rue Notre-Dame de Lorette

DE LA VALEUR COMPARATIVE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES DANS LES RÉTROVERSIONS OU FLEXIONS DE L'UTÉRUS (1)

Par le docteur **MAURICE BOURCART**, Privat-Docent à l'Université de Genève.

Dans cette étude nous laisserons intentionnellement de côté l'étiologie, l'anatomo-pathologie, la description des symptômes et le diagnostic des rétrodéviations, pour nous restreindre uniquement à la discussion des différents modes opératoires employés actuellement dans le but de *maintenir l'organe dans une situation aussi voisine que possible de la normale, tout en lui conservant les fonctions auxquelles il était destiné ou qu'il devra encore remplir.*

Notre discussion ne portera que sur les méthodes appliquées à l'utérus déplacé, mais mobile, ou tout au moins rendu mobile et libre d'adhérences ; nous ne traiterons donc point des procédés de mobilisation et de correction, soit des méthodes brusques, rapides, sanglantes, ou des méthodes lentes, tel le massage par exemple.

Nous laisserons aussi de côté la question des pessaires, dont l'emploi, en face de méthodes sûres, tend à devenir de plus en plus rare dans les cas invétérés ; le chirurgien et le malade n'ont plus le temps d'attendre pendant des semaines, des mois, même des années, la guérison d'un déplacement, qui provoque ou peut provoquer des accidents bien plus sérieux que les complications souvent bien légères qui peuvent survenir comme suite d'une intervention chirurgicale normale ; nous n'en sommes plus au temps où l'on cherchait à guérir la rétroversion par la chaise longue et les injections.

Nous ne voulons pas dire par là qu'il soit nécessaire « d'opérer » tous les déplacements utérins, que ceux-ci soient accompagnés ou non de troubles chez nos malades, mais que les traitements de longueur ont plus d'inconvénients que d'avantages. On peut discuter de longues heures à leur sujet, c'est une question de doigté et surtout de connaissance des conditions anatomiques de l'équilibre des organes pelviens,

---

(1) Rapport présenté à la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse Romande (mai-juillet 1907).

c'est-à-dire du diagnostic exact du degré auquel sont altérés les différents facteurs concourant au maintien de l'utérus et de ses annexes en situation normale.

Avant de comparer entre eux les différents procédés employés au rétablissement d'une « situation utérine » aussi voisine que possible de la normale, il sera donc utile de passer en revue avec quelques détails l'*Étude anatomique de l'appareil suspenseur de l'utérus* et les *Conditions nécessaires à son maintien.*

I. — Étude de la disposition du péritoine et des aponévroses du bassin au niveau de l'utérus et de ses annexes.

Paul Petit, dans son ouvrage sur l'anatomie gynécologique, a décrit d'une façon des plus consciencieuses et des plus minutieuses les conditions anatomiques des différents organes génito-urinaires situés dans le bassin de la femme ; nous aurons pour ce chapitre grandement recours à ce travail magistral, résumant en outre les études des différents auteurs français qui se sont occupés de ce sujet, tels Delbet, Farabeuf et d'autres.

Si nous considérons dans l'étude analytique du bassin la *région pelvienne*, nous verrons qu'elle comprend les viscères suivants : le rectum, les organes génitaux internes, l'utérus, le vagin et enfin la vessie avec un segment d'urètre et d'uretère. Nous laisserons au périnée le conduit anal, le conduit vulvaire et le segment antérieur de l'urètre.

A part le revêtement interne muqueux, les couches de nature différente dont ces viscères sont constitués (couches péritonéale, fibreuse, musculaire) se continuent dans les assises pariétales, avec leurs homologues tissulaires ; il est donc rationnel de suivre chaque couche pariétale, quand il y a lieu, dans sa continuité viscérale.

Nous aurons ainsi, de la surface du bassin à la profondeur (1) :

a) Le péritoine pelvien combiné avec le peaussier sous-péritonéal pelvien.

b) L'aponévrose ombilico-pelvienne (ou cache-vaisseaux de Farabeuf).

c) Le fascia propria pelvien.

d) L'aponévrose pelvienne supérieure.

---

(1) Paul Petit, *Éléments d'Anatomie Gynécologique clinique et opératoire.* Paris, 1901.

e) Puis les différentes couches musculaires pelviennes et les aponévroses profondes (pelviennes inférieures).

Parmi ces couches superposées, le péritoine et son revêtement interne de fibres lisses ou peaussier, forment l'enveloppe superficielle de l'appareil viscéral, tandis que son enveloppe profonde sous-péritonéale est constituée principalement par le cache-vaisseaux et accessoirement par les autres couches de nature conjonctive.

§ 1. — Le péritoine pelvien, accompagné par le peaussier sous-péritonéal dont il est inséparable, tapisse toute la loge pelvienne antérieure, recouvre les deux tiers de la vessie et les côtés du bassin ; dans la région médiane il forme le ligament vésico-utérin antérieur, passe sur la face antérieure de l'isthme, puis tapisse la paroi antérieure et postérieure du corps de l'utérus, détails qui sont bien connus.

Sur les côtés il s'élève successivement, avec l'intermédiaire d'un peaussier bien développé, sur le flanc antérieur du pédicule hypogastrique, sur la face antérieure de la trame celluleuse du corps du ligament large, sur la face antérieure du mésentère celluleux du ligament rond, qui se détache à peine en saillie de cette trame ; il constitue alors au ligament rond les deux tiers d'une gaine et tapisse la face postérieure de son mésentère celluleux, complétant ainsi la couverture de l'aileron antérieur sessile du ligament large.

Il envoie ensuite à la trompe un pli très ample, qui l'enveloppe sans lui adhérer et forme au-dessous de lui l'aileron moyen du ligament large, les deux feuillets péritonéaux de cet aileron sont immédiatement accolés l'un à l'autre par leur feuillet peaussier, il n'y a pas de tissu cellulaire entre eux, mais uniquement les quelques petits vaisseaux nourriciers de la trompe ; immédiatement après, le péritoine contribue à former la partie antérieure du hile de l'ovaire, il passe au-dessus de l'ovaire en se confondant avec sa couche épithéliale dont il est inséparable, descendant ensuite en arrière, au-dessous de ce dernier aileron, sur la trame celluleuse du ligament large ; le péritoine se laisse légèrement déprimer par la face antérieure de l'ovaire, entre le cordon vasculaire para-annexiel et l'artère génito-vésicale qui se trouve au faîte du pédicule hypogastrique ; cette dépression n'est autre que le segment frontal de la fossette ovarienne, dont le segment basal est constitué, en dessous et derrière le pied du ligament large, par le passage du péritoine, sur le faîte du pédicule de la génito-vésicale sur l'uretère, en dehors du croisement urétéro-artériel.

Le péritoine s'étend ensuite d'avant en arrière, sur le flanc postérieur du pédicule hypogastrique et l'aile postérieure de l'aponévrose ombilico-pelvienne à la rencontre du rectum et du côlon pelvien (voy. fig. 1).

Avant d'aborder le rectum, il doit s'infléchir autour de la trame du repli de Douglas, dont il tapisse les deux faces externe et interne. Il constitue ensuite le revêtement du cul-de-sac de Douglas, dans des rapports connus.

Ces détails et les suivants sont nécessaires à la compréhension de l'action exercée à distance par la modification des moyens d'attache de l'utérus aux parois pelviennes et à ses rapports avec les cordons qui supportent les vaisseaux nourriciers.

§ 2. — Le *peaussier sous-péritonéal* est une nappe de tissu musculaire lisse, intimement adhérente à la face profonde du péritoine, non continue ou tout au moins d'épaisseur très inégale, de telle sorte qu'elle ne compte guère, en tant que couche distincte, qu'au niveau du ligament large et du replis de Douglas (1). Cette couche de fibres musculaires lisses, qui suit presque partout le péritoine et entre pour une large part dans la formation des ligaments suspenseurs viscéraux, a une grande importance, car sa texture peut varier suivant les différentes conditions pathologiques auxquelles est soumis le péritoine abdominal et spécialement le péritoine pelvien. A la suite de processus inflammatoires, aigus ou chroniques, les fibres lisses disparaissent rapidement et se remplacent par du tissu cicatriciel, qui peut se relâcher ou se rétracter comme tout tissu cicatriciel.

Le *peaussier du ligament large* est principalement constitué par deux couches de faisceaux rayonnés, qui se détachent des faces antérieure et postérieure du corps utérin, pour tapisser la face profonde des deux lames du pli péritonéal et ses ailerons.

Nous y distinguerons : le *segment pelvien du ligament rond ; la gaine musculaire lisse des vaisseaux ovaro-tubaires ; la gaine musculaire lisse latéro-utérine.*

1° *Segment pelvien du ligament rond.*

Le segment pelvien du ligament rond n'est que le sommet, assez épais, du pli peaussier correspondant à l'aileron antérieur du ligament large. En effet, si on dédouble ce pli, le segment pelvien du ligament

(1) Paul Petit, *loc. cit.*

rond s'évanouit, se perd dans la continuité des deux lames musculaires lisses étalées. Seul, le faîte du pli peaussier continue sa route au delà du promontoire, sur la gaine des vaisseaux iliaques externes, pour traverser ensuite la paroi abdominale, tandis que les faisceaux musculaires lisses sous-jacents sont arrêtés par le mur pelvien (ou se continuent,

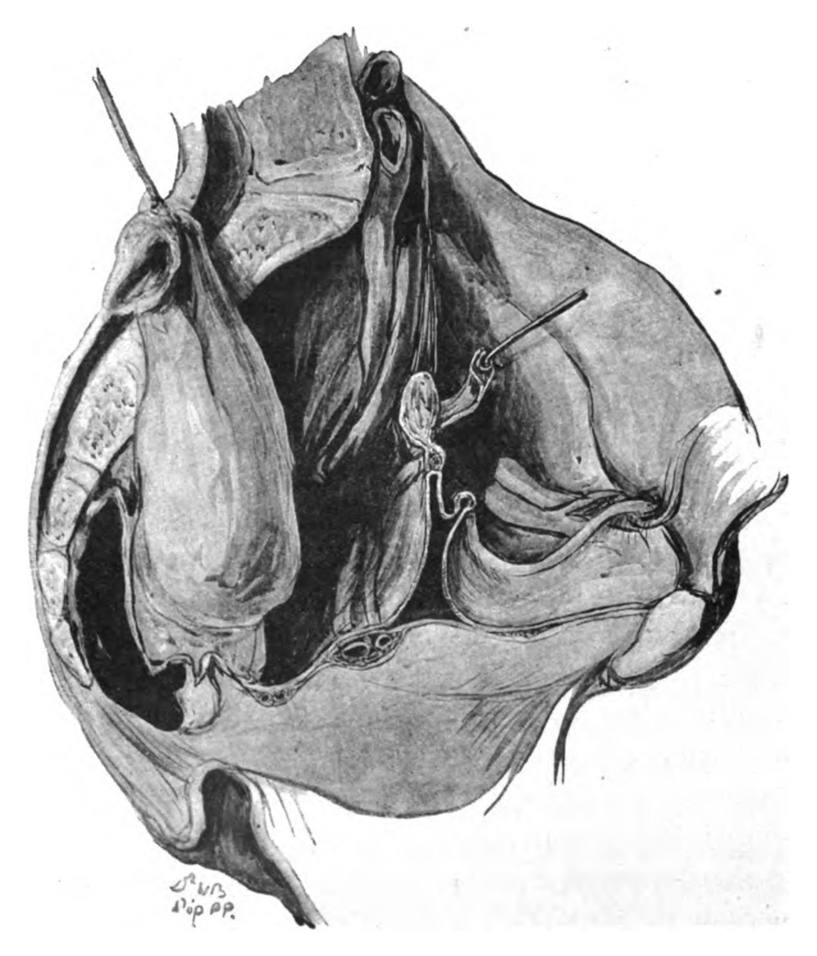


FIG. 1. — Coupe du petit bassin concentrique à l'utérus (d'après Paul Petit, *Anatomie gynécologique*). Au-dessous de la coupe des annexes et de leurs ailerons, se voit celle du pédicule vasculaire para-annexiel. Le ligament rond le suit sur la gaine des vaisseaux iliaques externes et jusqu'à *l'orifice inguinal interne* bordé en dedans par les vaisseaux épigastriques .Le pédicule hypogastrique est coupé en dehors du croisement utéro-artériel.

soit vers la vessie, soit vers les pédicules tubo-ovariens, avec le pli peaussier postérieur) (fig. 1 et 2).

Ivanoff a étudié avec beaucoup de soins l'origine des fibres lisses du ligament rond et de leurs rapports avec l'utérus, il a constaté que les

faisceaux les plus puissants se détachaient de la paroi antérieure de l'utérus (1).

Le ligament rond n'est donc, en réalité, bien différencié qu'à partir du promontoire ; en dedans on le voit prendre naissance dans le corps utérin, au-dessous de l'angle de réunion de ses bords supérieur et latéral, et en avant et *au-dessous* de l'origine des trompes.

2° *Gaine musculaire lisse des vaisseaux ovaro-tubaires.*

La gaine musculaire lisse qui entoure les vaisseaux et les nerfs ovaro-tubaires et envoie dans leurs interstices des fibrilles qui les relient entre eux, constitue, avec ces vaisseaux :

A. Le *cordon ou pédicule para-ovarien*, logé entre les deux lames péritonéales, et à la base de l'aileron postérieur, formé d'un faisceau musculaire lisse entremêlé aux veines collectrices utéro-ovariennes, aux artères ovariennes venues de l'artère génito-vésicale et de l'ovaro-tubaire, aux troncs lymphatiques émanés du corps utérin et de l'ovaire, enfin aux nerfs destinés à ces organes;

B. Le *cordon ou pédicule para-tubaire*, logé à la base de l'aileron moyen, formé d'un faisceau musculaire lisse entremêlé aux collectrices utéro-salpingiennes, à l'artère salpingienne moyenne, à des troncs lymphatiques et des nerfs utéro-salpingiens ;

C. Le *cordon infundibulo-ovarien*, qui s'étend du pôle extérieur de l'ovaire à la jonction du pavillon et de l'infundibulum tubaire, en longeant le bord externe ou libre de l'aileron moyen et qui est formé : de l'artère salpingienne externe, de veinules, de troncs lymphatiques, de fibres lisses et de la frange ovarique du pavillon de la trompe.

Les trois cordons se réunissent au-dessous du pôle externe de l'ovaire, pour former le ligament *ovaro-pelvien de Delbet*, appelé aussi *pédicule annexiel externe*, jeté de ce point au détroit supérieur sur la gaine iliaque externe (fig. 1 et 2).

Le *ligament infundibulo-pelvien* de Henle est formé par la continuité des cordons *infundibulo-ovarien* et *ovaro-pelvien*.

Les pédicules *para-ovarien* et *para-tubaire* se fusionnent aussi du côté de la corne utérine, au-dessous du ligament de l'ovaire. Le cordon résultant de cette fusion se continue angulairement avec le pédicule *latéro-utérin*, formant ainsi, avec le ligament de l'ovaire superposé et l'isthme tubaire, le *pédicule annexiel interne* ou *utéro-annexiel*.

(1) Ivanoff, *Ueber Beziehung der runden Mutterbänder zur Gebärmutter*, I Congr. Russ, G. G., mai 1905.

D. Les pédicules para-ovarien et para-tubaire forment, par leur ensemble, un *pédicule para-annexiel*, d'où se détachent vers les annexes, dans l'épaisseur des ailerons moyen et postérieur, les vaisseaux annexiels et la nappe musculaire lisse qui les accompagne.

Il est donc facile de se rendre compte que les deux pédicules para-annexiels symétriques, réunis par l'intermédiaire des cornes utérines, suspendent, d'un bord à l'autre du détroit supérieur, l'utérus et par son entremise le *plancher pelvien*.

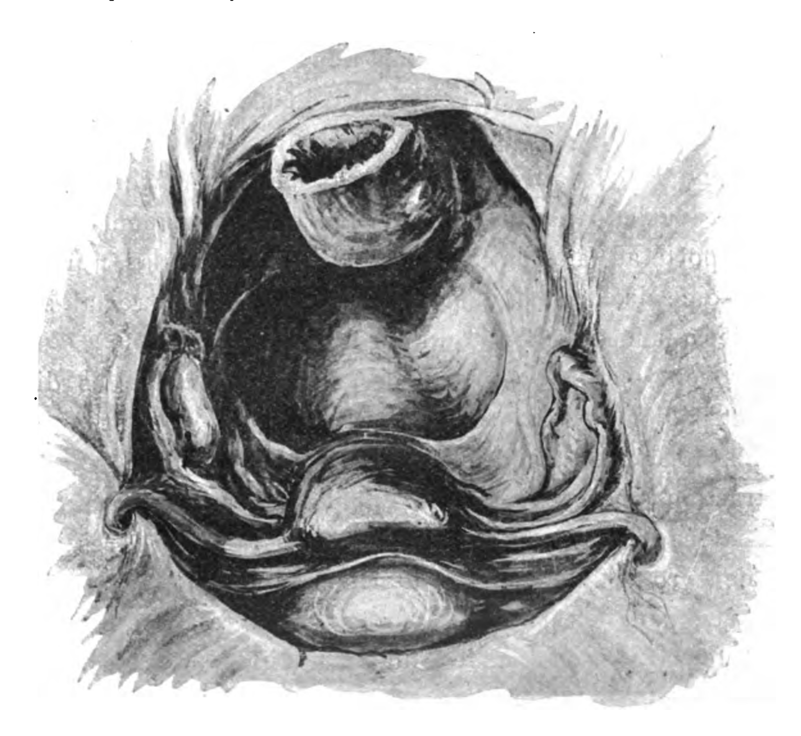


FIG. 2. — Vue du bassin à vol d'oiseau. L'utérus et sa situation par rapport à la vessie et au rectum. Cavité de Douglas avec ses replis (légèrement schématiques et exagérés). Disposition des annexes par rapport aux ligaments ronds.

Leur action sur le corps du ligament large et de l'utérus est renforcée par les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacrés, qui de plus déterminent l'antéversion-flexion normale. On comprend que l'ablation des annexes, sans fixation des pédicules interne et externe entre eux, puisse être suivie de prolapsus génital ; nous verrons plus loin le rôle à attribuer aux ligaments utéro-sacrés.

3° La *gaine musculaire lisse latéro-utérine*, qui peut être considérée comme étant formée par la rencontre, sur le bord de l'utérus, des deux

lames du peaussier du ligament large, ou comme étant dépendante du bord utérin, ce qui revient au même.

Elle renferme le segment latéro-utérin de l'artère génito-vésicale, les deux veines collectrices satellites, un tronc anastomotique entre le système lympathique du col et celui du corps, et elle forme avec ces vaisseaux, qu'elle lie les uns aux autres par des faisceaux lisses interposés, le *pédicule latéro-utérin*.

En dernier lieu nous avons aussi dans le repli de Douglas une sorte de ligament rond postérieur, dont le sommet correspond à l'arête du repli et est formé par accolement des deux faisceaux antérieur et postérieur du peaussier. Il borde l'ouverture de la cavité de Douglas, moins important que le ligament rond antérieur, il se détache cependant nettement avec le relief d'une cordelette sur la face postérieure de l'isthme utérin, en se fusionnant sur la ligne médiane au ligament symétrique; de là il se porte au faîte de la trame du repli de Douglas, puis le quitte soit pour se perdre dans la paroi antérieure du muscle rectal, soit pour se dissocier à la face profonde du péritoine.

Nous voyons par là quelles relations existent entre les différents feuillets et pédicules du peaussier du ligament large, dont le repli plus solide vient former en avant le ligament rond.

Les tractions exercées sur le ligament rond, surtout si ces tractions sont exécutées d'une façon judicieuse en séparant les fibres pariétales du ligament rond de ses fibres utérines au moment où le ligament large pénètre dans les parois abdominales, ces tractions, disons-nous, se répercuteront jusque dans le fond du bassin sur toutes les attaches de l'utérus et les soutiens des annexes, que ce soient les pédicules ovaro-tubaires ou le Douglas, jusqu'au périnée et au releveur de l'anus.

§ 3. — Au-dessous du peaussier se trouve l'*aponévrose ombilico-pelvienne*, dont le but principal est d'accompagner les vaisseaux utéro-ovaro-vésicaux; c'est une sorte de mésentère, qui, tapissant les flancs du bassin, couvre les vaisseaux hypogastriques pariétaux, puis engaine, enveloppe les vaisseaux qui se rendent aux viscères ; sa texture se confond ensuite avec ceux-ci, leur donnant ainsi un réel soutien qui s'ajoute à ceux des replis du péritoine.

Cette trame est totalement sous-jacente au péritoine et à son peaussier et lui adhère d'une façon plus ou moins solide; elle peut néanmoins en être séparée. Sa partie la plus importante est le *pédicule hypo-*

gastrique qui, suivi du détroit supérieur aux flancs des viscères, réduit d'abord à un seul élément, l'*uretère*, se renforce successivement au passage sur le mur pelvien : des troncs lymphatiques émanant de l'utérus, de l'*artère utérine* (ou génito-vésicale), des vaisseaux vaginaux et quelquefois de l'artère hémorroïdale moyenne et des différentes veines satellites. Le pédicule hypogastrique forme ainsi une sorte de corps, qui se divise pratiquement : 1° en pédicule *isthmique* aboutissant à l'isthme utérin, formé de l'artère utérine et de ses annexes ; 2° en pédicule vésical ou urétéral ; 3° en pédicule vaginal, qui se relie en arrière au pédicule rectal et en avant à la partie de l'aponévrose ombilico-vésicale ; au-dessus du pédicule hypogastrique se trouve la *lame celluleuse* du ligament large, qui très mince s'élève entre les deux replis du peaussier, jusqu'au niveau où leur accolement forme le ligament rond (fig. 1 et 2).

Nous n'insisterons pas sur les rapports des différents vaisseaux et de l'uretère dans l'épaisseur du pédicule hypogastrique, ils sont suffisamment connus et n'ont pas une importance considérable à propos du sujet qui nous intéresse aujourd'hui ; il en est de même des rapports de l'aponévrose ombilico-pelvienne au niveau des régions antérieures et postérieures.

L'aponévrose ombilico-pelvienne, appelée aussi *cache-vaisseaux de Farabeuf*, constitue, comme nous l'avons dit, un vaste mésentère circulaire, interrompu en arrière par le rectum, mésentère à la fois suspenseur et nourricier, qui conduit à l'appareil viscéral ses vaisseaux et le relie à la paroi pelvienne en s'accolant à la fois à son dos et à ses flancs. La clef de voûte de ce système est dans la liaison du pédicule hypogastrique au ligament rond et au cordon des vaisseaux annexiels par le corps du ligament large.

En dessous de l'aponévrose ombilico-pelvienne, nous avons encore le fascia propria pelvien, faisant suite au fascia propria abdominal, composé de tissus celluleux et de graisse, puis les couches musculo-aponévrotiques inférieures, se combinant aux autres régions péritonéales ou abdominales.

Les couches musculaires propres à chaque organe ou à chaque viscère se solidarisent donc entre elles et avec les assises périphériques par des expansions fibrillaires ou fasciculaires ; le peaussier sous-péritonéal provient surtout du corps utérin, mais il reçoit de nombreuses fibres émanant de la vessie ou du rectum, il en est de même de l'apo-

névrose ombilico-pelvienne qui s'entremêle de tous côtés, soit au niveau de la sangle pelvienne, soit au niveau des viscères, jusque dans le périnée, le vagin, les muscles sacro-coxygiens, etc.

II. — Dispositions anatomiques de la paroi abdominale au niveau du canal inguinal.

Nous avons vu les rapports des ligaments ronds au niveau de l'utérus et du ligament large, jusqu'au moment où ils pénètrent au travers de la paroi abdominale, pour venir se jeter en avant de l'épine pubienne dans l'épaisseur des grandes lèvres, en suivant le même trajet que le canal déférent chez l'homme.

Le trajet inguinal du ligament rond ne présente rien de très particulier, il faut cependant le connaître d'une façon très exacte pour le suivre depuis l'orifice inguinal externe, le dégager des tissus avoisinants, sans faire des débridements trop étendus ou des lésions qui pourront compromettre le succès de l'opération. Il y a encore de nombreux médecins qui prétendent qu'on « rate » facilement le ligament et que même parfois ce dernier n'existe pas ; cela peut paraître vrai pour ceux qui ne savent pas le chercher.

Le ligament rond quittant le ligament large au niveau des vaisseaux iliaques externes, tout contre le mur pelvien, pénètre dans la paroi abdominale à travers le fascia propria et le fascia transversalis, accolés ensemble au-dessus du péritoine abdominal ; le péritoine forme à ce niveau une collerette au ligament, car il ne l'accompagne plus à l'intérieur du trajet inguinal, comme à l'état fœtal, où il forme le canal de Nück ; ce canal peut néanmoins quelquefois persister. Le fascia transversalis est épaissi à la partie inférieure du canal inguinal et forme ainsi une poulie de renvoi pour le ligament, et cela au-dessus et en dehors des vaisseaux épigastriques, qui se détachent à ce niveau des vaisseaux iliaques externes.

De l'orifice inguinal profond jusqu'en dessous et en dehors du faisceau musculaire formé par le transverse et le petit oblique, le ligament rond est revêtu d'une gaine qui est une sorte de prolongement du fascia propria ou du fascia transversalis, les auteurs ne sont pas absolument d'accord sur ce sujet, mais cela n'a pas d'importance au point de vue opératoire ; cette gaine envoie de nombreuses fibres aux périmysiums des muscles, sous lesquels ou le long desquels passe le ligament, celui-

ci contracte ainsi des adhérences qui, lorsqu'elles ne sont pas soigneusement détachées par le dégagement du ligament de sa gaine, empêchent le glissement en avant ou facilitent sa rupture dans l'intérieur même de sa gaine; nous verrons plus bas comme il faut le dégager pour éviter cet inconvénient. Le ligament rond repose donc dans le fond du trajet inguinal sur le fascia transversalis, il suit obliquement la direction de l'arcade crurale pour se rencontrer avec elle à angle aigu; ses fibres lisses se dissocient en partie dans le faisceau inguino-pubien situé en dedans de lui, surtout si les fibres musculaires s'insèrent très



FIG. 3. — Rétroversion-flexion de l'utérus. Ptose des annexes dans le Douglas, déformation de l'appareil ligamentaire.

bas sur l'arcade. Le ligament se divise ensuite de plus en plus, ses dernières fibres se portent encore dans l'épaisseur du périmysium situé dans son voisinage, vers la face supérieure de l'arcade crurale, vers l'épine pubienne et à travers l'orifice inguinal externe jusqu'au dartos de la grande lèvre. Le ligament rond est accompagné d'une artériole provenant de l'épigastrique, de veinules qui chez les multipares peuvent être très développées et par des rameaux nerveux situés les uns au-dessus de lui, appartenant au nerf abdomino-génital, les autres à côté de lui et en dedans, le rameau génital, le génito-crural.

Ces nerfs peuvent être saisis avec le ligament ou pris même pour lui ! Ils doivent être dégagés ou sectionnés ; s'ils sont compris dans

les ligatures ou les sutures, ce qui arrive principalement pour le rameau génital souvent accolé au ligament rond, les malades éprouvent des douleurs persistantes faciles ainsi à éviter.

Nous verrons cependant plus loin combien il est aisé de saisir le ligament et de le dégager du faisceau vasculo-nerveux qui l'accompagne.

L'aponévrose tendineuse du grand oblique recouvre donc le ligament rond jusqu'à l'orifice inguinal externe; au-dessus d'elle se trouve l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique, qui est mince mais qui existe, et qu'on oublie quelquefois de sectionner pour arriver facilement sur l'orifice inguinal et la boule graisseuse d'Imlach.

Plus haut encore nous n'avons plus que le fascia superficialis et la peau, traversée à ce niveau par une ou deux petites artérioles sans importance.

La paroi abdominale antérieure au niveau du ligament rond est très souple, très mobile et, malgré sa fixation solide au bassin et à l'arcade, elle peut subir des déformations très étendues, que nous avons décrites dans un autre travail à propos de la configuration extérieure du ventre (1).

Nous remarquons chez les entéroptosiques, ou chez les femmes ayant eu plusieurs enfants et qui ont mal soigné leur ventre, une atrophie musculaire portant principalement sur le faisceau profond latéral, petit-oblique transverse, tandis que les muscles droits, parfois séparés l'un de l'autre dans la région ombilicale, forment deux cordes dures, tendues de l'appendice xyphoïde au pubis ; la région abdominale latérale est transformée en deux sortes de poches entraînées en avant par le poids des intestins ; cette déformation peut allonger à son tour les ligaments ronds, relâcher les fibrilles musculaires qui fixent leur gaine au muscle oblique transverse et permettre le glissement en arrière du ligament vers le ventre, qui entraînera le péritoine et formera une sorte de cône à base abdominale, cône que l'on retrouve plus tard en attirant au dehors le ligament dans l'opération de son raccourcissement.

Le ligament peut aussi céder au niveau de ses attaches antérieures, ne laisser sur son trajet que quelques fibrilles de sa gaine, et il faut alors remonter presque jusqu'à l'orifice inguinal profond pour retrou-

---

(1) M. Bourcart et F. Cautru, *Le Ventre*. Étude anatomique et clinique au point de vue du massage. Genève, Kündig, édit. Paris, Alcan. Deux volumes, 1905-1907.

ver un corps solide. Le ligament a toujours une certaine épaisseur, pouvant cependant varier d'un côté à l'autre, au double ou au triple de son volume ; le ligament rond a une solidité relativement considérable à la traction et peut supporter des poids de 2 à 4 kilogrammes sans se rompre, ce qui suffit largement aux tractions exercées sur lui.

Nous pourrons conclure de cet aperçu anatomique, peut-être un peu long, mais nécessaire, que l'appareil ligamentaire utérin joue un rôle considérable dans le maintien en position normale de l'utérus et de ses annexes ; le ligament rond en est un des facteurs les plus importants, car à l'état normal il en commande en grande partie l'intégrité par le fait de ses dispositions spéciales à l'égard du ligament large et des



FIG. 4. — Vue à vol d'oiseau de l'utérus et des annexes (moitié droite) en rétroversion. Relâchement du système ligamentaire favorisant la ptose des annexes en arrière.

aponévroses pelviennes, il est non seulement suspenseur de l'utérus, mais encore suspenseur du ligament large et des organes que celui-ci porte sur ses flancs et dans ses flancs, trompes, ovaires, vaisseaux sanguins, uretère, rectum, etc.

Le ligament large jeté transversalement du mur pelvien aux flancs de l'utérus imprime à cet organe une direction quasi-horizontale, un peu oblique en bas et en arrière quand la femme est debout et la vessie vide, mais il maintient la matrice dans cette position, grâce surtout aux ligaments ronds et aux ligaments utéro-sacrés (fig. 2).

Nous avons vu néanmoins que toutes les insertions des divers organes ou feuillets tissulaires situés autour de l'utérus concourent à la conservation de la situation normale ; cette situation n'est qu'une résultante de l'action exercée sur elle par ces différents facteurs, et cette résultante est elle-même sous la dépendance de lois régissant l'équi-

libre intra-abdominal, la région abdomino-pelvienne formant une partie du grand sac musculo-osseux externe de la cavité abdominale avec le tube digestif comme sac interne et la cavité virtuelle du péritoine et les viscères comme partie moyenne.

Les dispositions anatomiques au milieu desquelles est située la matrice lui permettent d'exécuter des mouvements assez étendus ; les ligaments larges proprement dits, s'ils n'étaient réglés par les ligaments ronds antérieurs et postérieurs (ou sacrés), permettraient par trop facilement les mouvements de rotation de l'utérus en avant ou en arrière, amenant une torsion des dits ligaments avec compression des vaisseaux veineux principalement ; ils ne s'opposent que faiblement à l'abaissement ou à l'élévation de l'utérus, même à l'état d'intégrité, si cet organe n'est pas maintenu par ses attaches avec un plancher du bassin normal. Les ligaments ronds antérieurs, par leurs fibres qui se continuent vers les pédicules tubo-ovariques, maintiennent ceux-ci en place ; plus profondément encore ils entraînent le pédicule hypogastrique et agissent enfin sur le rectum, car ils sont tenseurs des fascia du bassin jusqu'au vagin et au périnée.

Nous voyons donc que l'utérus, comme tous les viscères intra-péritonéaux est un organe mobile et que, sous peine d'amener des troubles, il faudra lui conserver son degré normal de mobilité dans les opérations qui auront pour but de lui restituer des fonctions aussi physiologiques que possible.

Les déplacements anormaux de l'utérus devront être considérés comme un symptôme de *déséquilibre abdominal*, ainsi la rétro version ne devra pas être soignée pour elle seule, mais conjointement avec les autres désordres, sinon il faudra s'attendre à des déboires, non pas tant dans l'état local anatomique qui pourra être une réussite opératoire, mais dans l'état général ; ainsi une *entéroptosique* dont on ne traiterait que la rétroversion, ne ferait que peu de progrès vers la santé.

C'est à *Schultze* que revient l'honneur d'avoir assigné comme place normale à l'utérus la position en antéversion avec légère flexion, position qui devient une situation physiologique quand l'utérus y est doué d'une certaine mobilité ; car cet organe doit pouvoir suivre sans difficultés les variations de forme de la vessie et du rectum, variations qui dépendent de leur état de plénitude ou de vacuité ; en un mot, il devra se plier aux conditions normales de mobilité de divers organes intra-abdominaux.

Cette loi a été discutée par de nombreux chirurgiens, mais la majorité d'entre eux s'y est ralliée, et si certaines rétroflexions ou versions n'entraînent pas de réaction du côté de l'individu qui en est possesseur, cela ne veut pas dire que tôt ou tard il n'en résultera pas une lésion ; nous ne discuterons pas non plus la question de savoir s'il est nécessaire de corriger toutes les rétro déviations, nous savons parfaitement que certaines antéflexions fixées amènent plus de désordres que certaines rétro versions mobiles ; cela nous sortirait du cadre de notre sujet d'études.

III. — Procédés opératoires.

On peut corriger chirurgicalement la situation défectueuse de l'utérus de diverses façons :

1° En le fixant à la *paroi abdominale antérieure* par son corps, par ses cornes, par ses ligaments ronds et par les pédicules annexiels ;

2° En fixant l'utérus à la *vessie*, ou à la *paroi vaginale*, soit par le corps de l'utérus, soit par les ligaments antérieurs, soit par des lambeaux pris sur son revêtement ;

3° En fixant la région du col ou de l'isthme utérin en arrière, soit par lui-même, soit par ses ligaments utéro-sacrés ;

4° En *attirant* l'utérus en avant par ses attaches latérales antérieures: les ligaments ronds ;

5° Soit par combinaisons de ces diverses méthodes entre elles.

Trois voies sont ouvertes au chirurgien pour atteindre ce but :

1° L'incision médiane de la paroi abdominale avec ses variétés ;

2° La voie vaginale par colpotomie antérieure ou postérieure avec toutes ses varitétés ;

3° La voie du canal inguinal en suivant les ligaments ronds ;

4° Les combinaisons entre ces trois variétés.

La littérature traitant de ces différents sujets est innombrable et remplirait à elle seule une vaste bibliothèque, chacun ayant inventé le meilleur procédé ou lui ayant trouvé une modification fondamentale, qui s'appuyera sur des statistiques indiscutables. Vous ne vous attendez pas, Messieurs, à ce que je passe en revue devant vous tous ces procédés, vous les connaissez mieux que moi, et ce que nous voulons discuter aujourd'hui, ce sont les indications opératoires réelles et chercher à ramener une certaine unité dans ce vaste chaos.

Nous nous bornerons donc à vous exposer brièvement les trois principaux procédés d'intervention, encore ne devrions-nous pas discuter sérieusement l'un d'entre eux, la vagino-fixation, qui dès l'abord se met en dehors de la loi de Schultze.

Ne voulant pas dans ce travail nous livrer à des discussions de priorité, nous ne citerons ni dates ni noms propres, nous nous bornerons au simple exposé des diverses méthodes.

A. — Les *opérations pratiquées par la voie abdominale médiane* sont :

1° La ventro-fixation;

2° Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ou des ligaments utéro-sacrés;

3° La fixation du corps utérin à la vessie ou au vagin par la voie abdominale.

Ces procédés d'intervention sont surtout employés lorsqu'on veut attaquer directement l'utérus, le voir et se rendre compte non seulement par le toucher, mais aussi par la vue, de l'état de ses annexes et de ses rapports avec le voisinage ; les dangers d'une simple laparotomie n'entrant plus en jeu actuellement comme conditions opératoires, ce seront donc plutôt les complications graves, comme les extirpations d'annexes ou les libérations d'adhérences étendues qui pourraient assombrir le tableau, mais par ce fait il n'y aura déjà plus hésitation entre la voie abdominale et les autres voies.

Dans la ventro-fixation l'utérus se fixe à la paroi abdominale par des sutures, placées soit sur son fond, soit sur sa paroi antérieure, soit quelquefois sur sa paroi postérieure; ce dernier procédé est cependant rarement exécuté; l'utérus peut encore être fixé à la paroi abdominale par des fils passés au niveau du point de départ des ligaments ronds, vers les cornes utérines, en ayant soin de ne pas comprendre les trompes dans les ligatures, enfin par les pédicules des annexes lorsque ceux-ci ont été réséqués.

Les fils peuvent être de catgut, de soie, de chanvre, de crin de Florence, de métal ; comprendre le péritoine seulement ou les fascia — être perdus définitivement, se résorber ou ne pas se résorber — ou être retirés quand les adhérences acquises sont supposées assez solides pour maintenir définitivement l'organe en place.

La fixation de l'utérus au niveau de la plaie abdominale soit par son fond, soit par ses bords, laisse subsister en avant de lui un angle mort

au niveau du cul-de-sac vésical, où peuvent s'engager des anses intestinales et amener un étranglement interne ; on y a remédié en suturant la vessie à l'utérus et à la paroi, et en divisant ainsi le bas-ventre en deux loges ; d'autres ont condamné complètement la loge vésico-utérine antérieure en suturant la paroi abdominale de l'orifice inguinal interne jusqu'à la corne utérine.

Les fixations du fond utérin à la plaie abdominale par adhérence unique, les fils transpariétaux de sortie étant plus tard retirés, favorisent la formation d'une bride plus ou moins large et longue, qui peut donner une certaine souplesse à l'utérus dans ses mouvements, mais ce pilier sera un danger permanent pour l'intestin, dont les vagues péristaltiques viendront se briser contre lui, d'autre part les fixations solides à la paroi sont contraires à la loi de Schultze et pèchent aussi par ce fait.

Nous ne parlerons que pour mémoire des méthodes aveugles qui étaient autrefois en usage et qui voulaient fixer l'utérus en avant, par transpercement utéro-péritonéal, la plaie s'arrêtant devant ce voile intangible.

Pour imiter l'Alexander par la voie interne, de nombreux chirurgiens ont pratiqué le raccourcissement intra-abdominal du ligament rond de sa naissance jusqu'à son extrémité ; les uns incisent et détachent le ligament à une certaine distance de la corne utérine, le chargent sur une pince, perforent avec celle-ci muscles et fascia, et fixent le ligament sous la peau ; d'autres, perforant d'avant et en arrière les gaines des grands droits avec des pinces mousses, ou les incisant au bistouri, saisissant le ligament, l'attirent au travers de cette nouvelle plaie, forment une sorte de boucle qu'ils fixent à ce niveau, ou qu'ils suturent ensemble au-dessus de la plaie abdominale. Ils exercent ainsi une forte traction sur l'appareil ligamentaire latéro-utérin, procurant des avantages que nous discuterons plus bas à propos de l'opération d'Alexander, mais ils laissent encore subsister des angles morts où pourront venir s'étrangler des anses intestinales. Ce mode d'intervention ne supprime pas les inconvénients de la plaie abdominale médiane, toujours dangereuse par les adhérences qu'elle peut contracter avec l'épiploon ou l'intestin, et favorise la formation d'une adhérence utérine médiane, défavorable au développement de la grossesse.

D'autres opérateurs ont raccourci intra-abdominalement les ligaments ronds en les repliant sur eux-mêmes, ou en les fixant soit entre

eux au-devant de l'utérus, soit en les suturant séparément sur la paroi utérine antérieure ; d'autres encore taillent un lambeau dans la muraille antérieure du ligament large pour venir le fixer intérieurement à la paroi abdominale ; chacun de ces procédés a ses inconvénients, sur lesquels nous n'insiterons pas, le seul à retenir sera peut-être le procédé qui replie et fixe des ligaments ronds à la paroi antérieure de l'utérus.

Enfin, certains chirurgiens ont fixé par la laparotomie médiane l'utérus uniquement à la vessie, soit directement à la cloison antérieure au niveau du repli médian de la vessie, soit en fixant les cornes utérines aux replis latéraux du réservoir urinaire, soit enfin en fixant l'organe au-dessous d'elle dans le tissu cellulaire pré-vaginal, comme dans les vagino-fixations par colpotomie antérieure, opération dont nous parlerons plus loin.

La fixation de l'utérus à la vessie ou à ses côtés ne gêne que fort peu les fonctions urinaires, mais par contre elle n'a qu'une solidité très relative, ainsi qu'en font foi les statistiques ; au point de vue de la grossesse, elle a les mêmes inconvénients que la fixation profonde sous la vessie, peut-être à un degré moins grave ; cette dernière opération est en opposition à la loi de Schultze.

Nous ne citerons que pour mémoire la fixation (par laparotomie) de l'utérus en arrière par raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, nous la retrouverons dans la colpotomie postérieure.

Telles sont les variétés de fixation par la laparotomie, elles sont déjà suffisamment nombreuses, nous en oublions certainement encore quelques-unes.

B. — *Opérations par la voie vaginale.*

Dès l'abord nous laisserons absolument de côté les procédés aveugles des chirurgiens qui perforent l'utérus et viennent fixer les fils dans les tissus cellulaires de la cloison vésico-vaginale après avoir décollé la vessie, sans ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur.

Leurs successeurs, adroits chirurgiens, mais semblant chercher la difficulté et préférant la voie étroite à la voie large, décollent la vessie de l'utérus, accrochent le fond utérin et l'amènent en avant. Les uns suturent au plancher pelvien antérieur les angles, d'autres le fond, d'autres l'isthme seulement, frappés des inconvénients obstétricaux de

l'enfouissement du corps utérin sous la vessie. Ceux-ci se contentent de fixer les replis vésicaux aux cornes utérines, d'autres attirent uniquement les ligaments ronds et les maintiennent au niveau des bas côtés de la vessie, comme dans les opérations abdominales.

Ces procédés, qui ont de multiples inconvénients, comme nous le verrons plus loin, n'ont guère d'avantages, si ce n'est de supprimer la plaie abdominale extérieure ; ces modes de fixation n'exercent pour ainsi dire aucune action favorable sur les fascia pelviens et les organes qui s'y trouvent attachés, et de plus maintiennent l'utérus dans une position défavorable en contradiction absolue avec la loi de Schultze.

La colpotomie postérieure a été tentée dans le but de détruire les adhérences contractées par le fond utérin dans le Douglas, les annexes peuvent aussi être facilement mises au jour par ce procédé, inspectées et réséquées s'il y a lieu; on a profité de la colpotomie postérieure pour tenter le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés ou la fixation du col dans le Douglas, soit à l'aveugle sous-péritonéalement, soit par une incision pénétrant dans le péritoine ; ces divers procédés sont actuellement abandonnés et la vagino-fixation antérieure elle-même n'est plus guère qu'une opération d'opportunité occasionnelle.

C. — *Opérations par la voie inguinale.*

Nous ne vous en ferons pas, messieurs, l'historique; les premiers auteurs se contentaient de rechercher l'orifice inguinal externe et d'y saisir le ligament rond au niveau de son épanouissement sous la boulette graisseuse d'Imlach ; si ce procédé a donné à ce moment des déboires, la chose est facile à comprendre par les conditions anatomiques que nous avons étudiées dans le premier chapitre de ce travail, certains chirurgiens ont même parfois cité l'absence d'un ligament, mais il suffit de savoir le rechercher en suivant son trajet pour toujours le trouver et le saisir.

Voici brièvement comment nous procédons à cette opération : la malade est préparée comme pour toute laparotomie, l'aide recherche du bout de son index l'épine du pubis et indique au chirurgien l'orifice inguinal externe en y appuyant immédiatement en dehors de l'épine l'extrémité d'une pince à forcipressure. La peau est incisée à partir de ce point en remontant vers l'épine iliaque antérieure par une ligne soit légèrement oblique, soit parallèle au ligament de Poupart, sur une

longueur de 5 à 7 centimètres, la section se continue dans la profondeur jusqu'à l'aponévrose tendineuse du grand oblique, en ayant soin de sectionner complètement les fascia jusque sur le rebord de l'orifice inguinal, celui-ci avec sa boule graisseuse apparaît de lui-même.

On pratique immédiatement les ligatures des vaisseaux sectionnés de façon à avoir une plaie bien propre, la coloration des différents tissus par le sang uniformisant leur couleur augmente ainsi les difficultés opératoires.

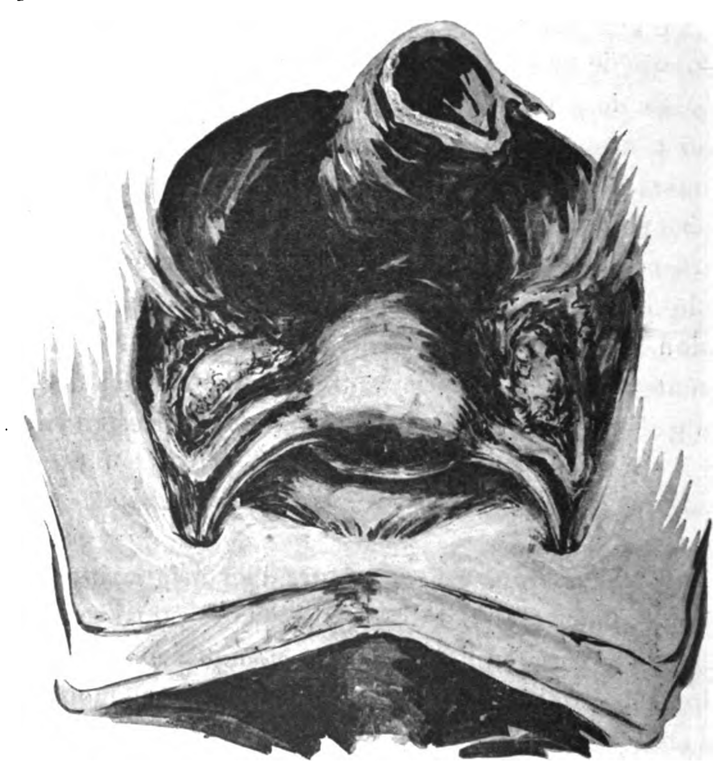


Fig. 5. — Vue de l'utérus attiré en avant et au-dessus de la vessie pour le raccourcissement inguinal externe des ligaments ronds. On peut se rendre compte de l'action exercée par le raccourcissement sur les annexes et les aponévroses latérales du petit bassin. Les ligaments ronds sont souvent raccourcis encore plus près de leur insertion utérine.

L'aide saisit profondément avec une pince la boule graisseuse d'Imlach et exerce sur elle une traction modérée mais continue; à ce moment on introduit une sonde cannelée dans le canal inguinal en rasant bien l'aponévrose supérieure, et on incise sur une longueur égale à la section cutanée les fibres tendineuses, qui sont divisées obliquement par rapport à leur trajet et le canal inguinal devient alors béant ; si le

ligament rond est plus superficiel et que les muscles ne le recouvrent pas, il apparaît aussitôt à la vue, les tractions exercées sur la boulette graisseuse et les expansions du ligament situé au-dessous d'elle en facilitent la reconnaissance au milieu des fibrilles qui fixent sa gaine aux côtés des muscles du petit oblique transverse et des petits vaisseaux et nerfs qui l'entourent; on saisit alors le ligament, soit en le soulevant avec la sonde cannelée de dedans en dehors *contre* l'arcade crurale, au niveau de sa partie moyenne, soit simplement en le prenant entre le pouce et l'index de dehors en dedans, contre le muscle, on le sent rouler sous le doigt, à ce moment on le dégage de sa gaine ou des attaches de cette gaine avec l'interstice du muscle oblique transverse et on repousse en dedans les petits vaisseaux et le nerf génital.

Le ligament est alors soulevé et la gaine dégagée en la décollant et en la refoulant avec le bout des doigts. Dès que ses premières attaches inguinales sont rompues, le ligament file brusquement en avant sur une certaine longueur, même sous une légère traction, et s'arrête amenant au jour le cône péritonéal, fixé sur lui au niveau de son entrée au travers de l'orifice inguinal profond; ce cône est entouré de tissu cellulaire graisseux et de quelques petits vaisseaux faisant partie du fascia transversalis. S'il est nécessaire d'attirer encore le ligament, on le décolle du péritoine par de légères tractions et en refoulant le péritoine autour de lui en doigt de gant; dans les cas d'allongement du ligament, *le péritoine se laisse décoller jusqu'au voisinage de l'utérus*, où il adhère alors intimement aux *muscles lisses*.

Le ligament est ensuite dégagé tout le long de son trajet dans le canal inguinal (au niveau de son épanouissement), lié et sectionné ou simplement replié et fixé sur place.

L'opération d'Alexander subit en ce moment une nouvelle étape plus moderne, car, jusqu'à ces dernières années, les chirurgiens se contentaient de voir apparaître nettement le cône péritonéal pour fixer le ligament sur le muscle ou sur l'aponévrose tendineuse du grand oblique; ce procédé un peu aveugle présentait plusieurs inconvénients sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Le ligament étant donc bien dégagé et fortement attiré au dehors, on incisera le péritoine dûment délivré des fascia qui s'attachent à lui, et peuvent former des diverticules plus ou moins artificiels; l'incision de la collerette sera faite en dehors et contre le ligament, de façon à *laisser adhérer au cône péritonéal l'arête formée par les fibres du peaus-*

sier du ligament large qui quittent le ligament pour aller s'attacher au mur pelvien aux environs des vaisseaux iliaques et surtout les fibres qui se rendent aux pédicules infundibulo-ovariques et au pédicule hypogastrique. (Voyez fig. 6 et 7). On formera ainsi deux segments du ligament rond proprement dit, l'un porté en dedans, et composé du ligament rond proprement dit (A'), partant de la corne utérine et agissant par traction sur cette région spéciale, et un deuxième segment plus petit, plus fin, de forme triédrique, composé des deux lames du peaussier (A), et agissant par sa traction sur toute la région externe du ligament large, c'est-à-dire sur ses divers pédicules et sur les aponévroses

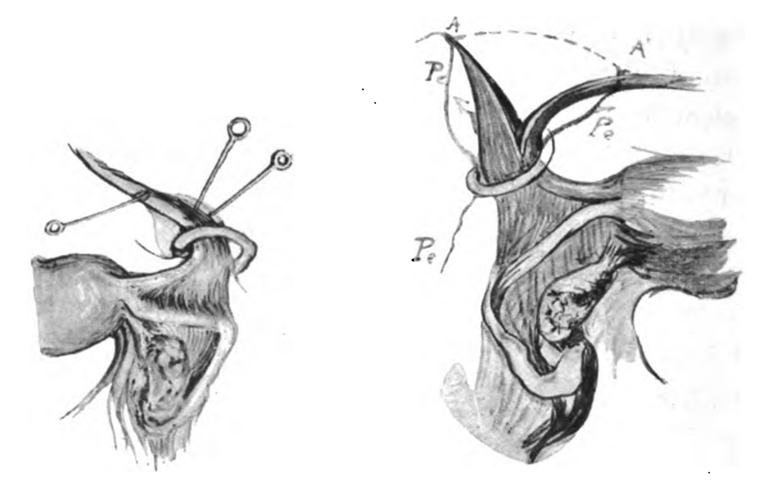


Fig. 6 et 7. — Disposition schématique du ligament rond par rapport au ligament large et aux pédicules annexiels. Préparation à la séparation des deux parties du ligament rond et du ligament large (fig. 6).

Dans la figure 7, les fascia latéraux sont divisés par un coup de ciseaux en dehors de l'anneau inguinal.

Les tractions exercées en A agiront sur les annexes et les fascia profonds, celles exercées en A' agiront directement sur l'utérus (Pe = péritoine).

de tout le bassin auxquelles ce segment vient se fixer ; une pince hémostatique est appliquée au sommet du trièdre, c'est-à-dire au niveau du point où ce segment a été séparé du ligament (fig. 6 et 7).

Les tractions exercées sur le ligament rond proprement dit relèvent l'utérus vers la paroi abdominale et l'amènent en antéversion, les tractions exercées sur le cône externe agissent sur les trompes et les ovaires, sur les ligaments sacrés, sur le Douglas, etc. ; si l'on exerce une traction un peu prononcée sur le segment externe, il sera facile d'at-

tirer au dehors trompe et ovaire, et cela bien plus facilement qu'en ne le séparant pas du ligament. Le ligament rond étant alors tendu, on introduit un doigt à travers l'orifice inguinal pour contrôler la position de l'utérus et ses rapports de voisinage ; l'introduction du doigt est facultative, mais il arrive souvent que l'utérus attiré en avant s'applique à la paroi abdominale en antéposition mais avec flexion assez marquée du fond en arrière ; il est alors nécessaire de faire basculer le fond utérin en lui faisant franchir le point mort, manœuvre que, seule, la traction sur le ligament n'arriverait pas à produire dans certains cas d'allongement du corps de l'utérus. L'introduction du doigt permet la rupture d'adhérences et a d'autres avantages sur lesquels il est inutile d'insister.

Le contrôle terminé, on fixe le ligament rond au niveau de l'angle supérieur de la plaie aponévrotique, au-dessus de l'orifice inguinal, par un point de suture passant au travers de l'aponévrose prise par-dessous et des faisceaux superficiels du muscle petit oblique, des pinces fixées sur les bords de l'aponévrose ayant facilité son rebroussement en dehors. Le fil est lié à ce niveau, mais les chefs ne sont point coupés, car on attire alors le cône externe avec la collerette péritonéale contre le ligament en exerçant sur cette partie la traction nécessitée pour relever la trompe et l'ovaire à leur place normale et rendre leur tonus aux fascia profonds. On fixe alors le cône dans la ligature ; ce cône sera ainsi appliqué par ce second nœud au ligament rond en un point plus profond que celui qu'il occupait précédemment. Nous opérons ainsi une sorte de glissement en avant du sommet de cône ; le péritoine se trouve fermé par cette ligature.

Le fait d'avoir placé la première suture *avant* la fermeture du péritoine nous a permis de contrôler au doigt l'intérieur du cul-de-sac péritonéal et d'éviter de piquer les vaisseaux épigastriques situés en dedans du ligament — la chose est arrivée plus d'une fois — et surtout de ne pas comprendre la trompe ou les plexus nerveux ovariens dans la ligature placée au travers du cône péritonéal non ouvert et attiré dans la place à la suite du ligament rond.

Ce premier point de suture peut être encore prolongé en face jusqu'à la partie inférieure de l'autre lèvre aponévrotique, l'accolement musculo-aponévrotique exécuté ainsi comme pour une opération de hernie sera plus parfait. Quelques points fixent encore au muscle et à l'aponévrose les parties du ligament non réséquées, le canal inguinal est ensuite refermé par des points séparés jusqu'au niveau de l'orifice

inguinal externe, on jette quelques points séparés sur le fascia superficialis et les lèvres de la plaie sont réunies par des agrafes. Si l'opération a été rapidement menée, il n'y aura pas de suintement, sinon on fera un léger drainage ou un pansement compressif. Certains auteurs obtiennent la compression de la plaie en suturant au-dessus d'elle un pli de la peau, c'est inutile.

Quand les ramuscules nerveux ont été bien écartés ou réséqués, les malades ne souffrent pas de névralgies opératoires.

Les sutures profondes peuvent être faites entièrement au catgut, quelques auteurs exécutent la première ligature profonde sur le ligament avec de la soie — je suis de ce nombre — mais la suture faite entièrement au catgut semble tout aussi solide.

Nous n'avons parlé jusqu'à présent que du raccourcissement de l'un des ligaments. Quand tout paraît normal et que l'opération n'a pour but que de fixer en avant une rétroversion-flexion mobile, on termine un côté avant de commencer l'autre. Quand, au contraire, on aura à sectionner des adhérences, à inspecter et attirer au dehors les trompes et les ovaires, il vaut mieux ne pas fixer le ligament rond d'un côté avant d'avoir ouvert et terminé ou tout au moins mis à jour l'autre côté. Le contrôle bi-digital simultané par les deux ouvertures peut rendre des services appréciés et ne doit pas être négligé.

Nous avons ainsi décrit le procédé de fixation par la voie inguinale, nous n'insisterons pas sur les variantes qui ont été proposées, telles le croisement des ligaments ronds sous la peau du pubis, l'incision unique transversale des téguments, la suture de l'aponévrose au moyen des ligaments libérés, la section transpéritonéale de tout le trajet inguinal pour saisir plus facilement le ligament rond au niveau de la corne utérine, etc., etc.

Certains auteurs se sont contentés de fixer l'utérus d'un seul côté, le procédé est boiteux et tord l'utérus sur son axe.

Quand la suture en étage est bien faite et les points placés profondément sur l'aponévrose du grand oblique et sur les muscles obliques transverses, le danger d'une hernie secondaire est plus que rare, surtout s'il ne survient pas d'hématome dans la plaie.

La pose d'agrafes sur la peau évite les infections secondaires d'origine externe ; en général, grâce à la rétraction musculaire profonde, la plaie aponévrotique ne correspond plus à la plaie cutanée, ce qui est un nouvel avantage.

IV. — Conséquences des divers modes de fixation au point de vue de la grossesse, de l'accouchement et des résultats définitifs.

Ce chapitre, qui a fait couler beaucoup d'encre, est aussi vaste que tous les autres, mais il est inutile de nous étendre longuement sur les conditions de fixation de l'utérus au point de vue de ses conséquences pour la grossesse et l'accouchement, et d'en passer en revue toute la littérature.

Il est un point à établir dès l'abord : *les opérations qui rendront à l'utérus une situation et une fonction aussi voisines que possible de la normale seront celles qui auront la palme*, toutes les statistiques parues à ce sujet en font foi. Il est malheureusement des situations où l'on ne peut choisir la meilleure voie et où il faut savoir se contenter de celle que l'on a devant soi. Dans les cas paraissant défectueux au premier abord, il ne se produit généralement aucune complication, tellement la nature arrive à tourner les difficultés, témoin ce cas publié il y a quelques années par nous, où un utérus, soulagé d'un gros fibrome par colpotomie postérieure dans une première opération, ventrofixé dans une deuxième, et privé d'un côté d'une trompe et d'un ovaire de l'autre, avait mené à terme et sans complication une grossesse chez une secondipare de 42 ans.

Les procédés les moins favorables au développement de la grossesse sont évidemment ceux qui immobilisent l'utérus dans des positions défectueuses, les *vagino-fixations* sont les premières à condamner ; plus elles amèneront des adhérences solides entre le fond utérin et les tissus cellulaires sous-vésicaux, plus elles produiront de troubles obstétricaux ; elles font remonter le col très haut, favorisent les positions transversales ou les présentations de la tête ou du siège de l'enfant en face du promontoire, nécessitant si ce n'est l'opération césarienne, tout au moins des interventions sérieuses. Les fixations de l'utérus au péritoine vésical ou sur les replis latéraux de cet organe sont moins graves peut-être, mais bien moins sûres au point de vue des résultats définitifs; nous avons vu que, par la disposition anatomique des fascia pelviens, elles n'exercent sur la tension des aponévroses qu'une action presque nulle ; la voie vaginale n'a, en somme, pour but que l'évitation de la cicatrice abdominale, dont les inconvénients sont actuellement bien plus minimes qu'autrefois.

La *voie abdominale antérieure* permet une inspection plus grande du

champ opératoire, les organes y sont plus accessibles que par la voie vaginale. La ventrofixation par les cornes utérines, avec simples adhérences souples du fond de la matrice avec le péritoine abdominal par formation d'un méso, sera suivie plus rarement que d'autres procédés, peut-être plus solides, de troubles obstétricaux ; cette ventrofixation présente néanmoins certains dangers déjà mentionnés, et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Les procédés de *ventrofixation* qui accollent solidement l'utérus à la paroi abdominale, sans formation de méso, sont quelquefois aussi dangereux que certaines vagino-fixations, surtout si les points de suture portent sur le fond et même sur la paroi postérieure de l'utérus, comme cela s'est pratiqué parfois, dans le but d'obtenir une antéflexion prononcée.

Les ventrofixations par raccourcissement des ligaments ronds fixés à la paroi abdominale interne ou passés au travers de celle-ci, par perforation de la couche musculo-aponévrotique, donnent une certaine liberté à la matrice, liberté qui ne compense pas les dangers de cette méthode, car nous connaissons la facilité avec laquelle peuvent se produire des étranglements internes, l'intestin passant entre les ligaments et la paroi abdominale.

Les méthodes de raccourcissement des ligaments ronds par voie intra-abdominale, soit en repliant les ligaments sur eux-mêmes, soit en les rabattant sur l'utérus et en les fixant tantôt à la paroi antérieure ou tantôt entre eux, n'offrent, au premier abord, que fort peu d'inconvénients au développement de la grossesse ou à son heureuse terminaison.

La littérature et les statistiques publiées à ce sujet sont encore trop peu nombreuses pour nous permettre d'établir des conclusions définitives, d'autant plus que cette opération prédispose aux récidives ou n'a qu'une action très modérée sur l'état général de la région pelvienne. Elle pourra néanmoins être employée comme complément d'une laparotomie, lorsque cette intervention a été jugée nécessaire.

Les vésico-fixations par voie abdominale ont les mêmes inconvénients que les vésico-fixations par la voie vaginale, nous ne nous y arrêterons pas.

Les raccourcissements des ligaments utéro-sacrés, la fixation du col en arrière aux fascia du Douglas ou contre le sacrum, n'ont aucun avantage et peuvent amener des troubles obstétricaux trop sérieux pour

que cette opération puisse être prise en considération chez une femme pouvant encore avoir des enfants.

Au point de vue du développement normal de la grossesse et de l'accouchement, le *raccourcissement externe des ligaments ronds par la voie inguinale*, tel qu'il s'exécute actuellement, paraît être l'opération de choix, car la laparotomie médiane ou paramédiane n'est généralement employée que pour atteindre un utérus présentant soit des lésions, soit des rapports de voisinage défectueux, soit des annexes malades, et se trouvant par conséquent dans des conditions défavorables à la grossesse ; il faudra alors nécessairement se contenter de la situation qui subsistera après l'intervention.

Le raccourcissement des ligaments ronds par la voie inguinale, quand il est bien exécuté, n'a jamais prédisposé à l'avortement, comme ont voulu le prétendre quelques auteurs, mais bien au contraire la fécondation est grandement facilitée par la meilleure position des trompes et des ovaires venant s'ajouter au rétablissement de la situation normale de l'utérus. S'il y a eu au début des fausses couches, elles proviennent du fait que les corrections des rétro-déviations ont bien souvent pour but de lutter contre la disposition de ces malades de ne pas mener à terme leur grossesse. Cette disposition pourrait donc se continuer un certain temps encore, si l'on n'a pas pris soin de lutter, non seulement contre le déséquilibre local produit par la rétroversion, mais encore contre le déséquilibre général de la cavité abdominale.

En résumé, l'*Alexander moderne, étant le procédé qui rétablit le plus complètement l'état normal de l'utérus et de ses annexes dans l'équilibre abdomino-pelvien, devra être le procédé de choix appliqué à la correction des déviations utérines chez les femmes n'ayant pas encore atteint la ménopause et lorsque ce choix entre la voie inguinale et la voie abdominale médiane sera laissé à l'opérateur; les vagino-fixations seront abandonnées ou sinon combinées à la stérilisation de la femme par la résection des trompes. Dans l'Alexander moderne les récidives sont une grande exception, même après des grossesses répétées.*

Si nous laissons de côté la considération spéciale d'une grossesse éventuelle dans les suites des opérations orthopédiques de l'utérus, le classement entre les trois procédés principaux pourra ne plus être soumis à des règles aussi strictes et dépendra davantage des conditions opératoires. La rétrodéviation de l'utérus entraîne avec elle un certain déplacement des annexes, même quand il n'y a pas de lésions du

côté de celles-ci. L'ovaire bascule autour de ses ligaments suspenseurs, son grand axe s'incline en arrière et en dedans, son extrémité externe se dirigeant vers le Douglas, la trompe suit le même mouvement et vient s'accoler au rebord utérin latéral, par le relâchement de la région externe pariétale du ligament large; à côté de ce simple abaissement, il peut se produire un prolapsus total de l'ovaire et de la trompe dans le Douglas. Ces processus peuvent dépendre de la cause générale ayant provoqué la rétroversion utérine, formant un paragraphe spécial de l'entéroptose, ou bien la descente de l'ovaire peut être due à une inflammation chronique de cet organe, amenant comme suite un relâchement des ligaments avec affaissement de l'ovaire par augmentation de volume; cette ovarioptose peut même être l'origine de la rétroflexion quand il existe une prédisposition du côté utérin, soit ligamentaire, soit inflammatoire; l'ovaire et la trompe peuvent alors se fixer en place défectueuse par des adhérences de voisinage (fig. 3 et 4).

Le déplacement des ovaires et des trompes dans le Douglas peut devenir une prédisposition à la formation de grossesses extra-utérines, l'ovule ne s'engageant pas dans les trompes mais étant fécondé dans le Douglas même.

L'intervention opératoire orthopédique destinée à redresser l'utérus devra donc veiller au rétablissement de la position et des rapports normaux des trompes et des ovaires, nous avons vu que l'Alexander agit puissamment sur les pédicules tubo-ovariques et leur rend leurs fonctions (fig. 5); la suspension de l'utérus à la paroi abdominale antérieure par ventrofixation n'a qu'une action limitée sur la position des annexes et agit uniquement sur le plancher pelvien, par les attaches des fascia autour de l'isthme utérin : c'est donc une opération utile dans les prolapsus, mais n'ayant pas d'action spéciale sur les organes de la fécondation; la *vagino-fixation* ramène légèrement l'utérus en avant, le fait basculer sur son axe, tirant sur les ligaments ronds, il relève peut-être mieux les trompes et les ovaires, mais alors la position de corps utérin est défectueuse.

La *ventrofixation* et l'*Alexander* corrigent d'une façon assez complète les déformations utérines provoquées par le déplacement de cet organe et spécialement l'épaississement des tissus au niveau des angles de flexion; l'Alexander cependant est le procédé qui soulage le mieux la circulation en retour et favorise la décongestion de l'utérus; la torsion de l'utérus autour de son axe transversal provoque la compression des

vaisseaux veineux qui rampent dans l'épaisseur du ligament large, tandis que la paroi des artères offrant plus de résistance il n'y a pas de gêne à l'arrivée du sang artériel.

Nous avons pratiqué dans ces dix dernières années (1897 à juillet 1907) 102 cas de rétroversions mobiles ou mobilisées par le procédé d'Alexander transformé. Nous avons revu un grand nombre de nos malades sans trouver de récidive, toutes les malades examinées avaient gardé un utérus bien placé, en antéflexion.

Plusieurs d'entre elles avaient eu des enfants, même des grossesses répétées, sans distocie aucune, qu'elles fussent même multipares avant l'opération, celle-ci ayant été souvent pratiquée en vue de faciliter la fécondation.

Nous ne sommes pas favorables à la première opération de Doléris ayant eu à lutter deux fois contre un étranglement interne de l'S iliaque par-dessus le ligament rond gauche, réduit ou non sans difficultés dans la position de Treudelenburg, et une autre fois où il y a eu adhérence grave du grand épiploon au niveau de la cicatrice abdominale ayant nécessité une nouvelle opération de dégagement. Chez 4 malades opérées par l'Alexander moderne, nous avons enlevé un des ovaires par l'incision inguinale; chez une cinquième, nous avons pratiqué la castration double, d'ovaires dégénérés et agglomérés aux côtés de l'utérus; une autre fois nous avons sectionné les deux trompes pour stériliser une femme qui avait eu des accidents graves pendant les grossesses précédentes, accidents dus à d'énormes varices vulvaires.

Nous n'avons jamais eu de *hernie* cicatricielle, malgré quelques cas rares d'hématomes et de suppurations dus aux fils de ligature. L'adaptation exacte des aponévroses met à l'abri de cet accident. Telle que nous l'avons décrite, notre opération n'est pas, à franchement parler, une *double laparotomie* ; c'est peu de chose d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal et de séparer les attaches ligamentaires latérales, comparativement à la suture intra-abdominale des ligaments ronds; même quand il faut introduire un doigt pour le contrôle ou attirer au dehors la trompe et l'ovaire, les intestins ne sont jamais exposés.

Nous ne faisons de ventrofixations que dans les cas d'annexites graves nécessitant par elles-mêmes la laparotomie, tandis que nous pratiquons l'Alexander moderne sur des utérus mobiles ou mobilisés par du massage et qui ne tiennent pas seuls par la tonicité ligamentaire. Nous ne nous servons plus de pessaire; l'utérus qui ne tient pas par le mas-

sage gynécologique ne tient pas non plus par un pessaire approprié ; quand on enlève le pessaire, l'utérus revient en arrière, spécialement dans les rétroversions plus ou moins congénitales avec raccourcissement de la paroi supérieure du vagin (utéro-vésicale).

L'utérus, comme tous les organes intra-abdominaux, est un organe qui doit rester mobile, c'est-à-dire jouir d'une mobilité relative, tout comme le rein, qui suit les déplacements du ventre et les mouvements respiratoires. Si l'utérus est absolument fixé, il survient des accidents de grossesse ou des accidents péritonéaux ; si la ventro-fixation lui laisse de la mobilité par la formation d'un méso-utérus plus ou moins long, on risque les accidents d'étranglement.

V. — Conclusions.

Nous avons passé en revue les résultats fonctionnels obtenus dans les diverses méthodes orthopédiques appliquées au traitement de l'utérus rétrofléchi ou en rétroversion, et nous avons vu que les meilleurs résultats étaient obtenus par les méthodes fixant l'organe dans la position, les conditions d'existence et de fonctionnement les plus normales possibles — et que cette règle était exacte *si l'on tenait compte dans le traitement* de l'état général, de l'équilibre abdominal et des causes spéciales des déplacements. — C'est pour n'avoir pas suivi ces règles que la majorité des auteurs se plaint encore actuellement que la correction pure de la rétroversion donne de merveilleux résultats au point de vue anatomique, mais n'a bien souvent aucune action sur l'état général de la femme et de ses souffrances antérieures; ces faits ont grandement influencé les auteurs et ils sont loin d'être tombés d'accord sur les *indications de l'intervention* dans les rétroversions, que le mode opératoire soit simplement mécanique on qu'on ait recours au bistouri.

Quand l'opération est exécutée non seulement strictement selon la loi de *Schultze*, mais surtout combinée avec les conditions nécessitées par l'état général du sujet et les lois de l'équilibre intra-abdominal, les résultats seront bien plus satisfaisants, et cela permettra d'augmenter les indications opératoires et de ne pas attendre, pour intervenir, qu'il se soit produit, par le fait du déplacement, des lésions locales ou des troubles généraux graves.

L'*Alexander* moderne s'adressera donc de préférence aux jeunes femmes aptes à avoir encore des enfants et aux jeunes filles atteintes

de déplacements sérieux; par la voie inguinale on pourra atteindre les trompes et les ovaires malades quand les adhérences seront nulles ou relativement peu développées.

La *ventro-fixation* sera, par contre, souvent préférée chez les femmes arrivant à la ménopause ou stérilisées par nécessité opératoire, elle sera surtout une opération complémentaire d'une laparotomie pour affections utéro-annexielles; la méthode de ventro-fixation la meilleure dépendra des circonstances et devra prévoir les complications qui pourraient survenir, comme, par exemple, les adhérences intestinales ou les étranglements.

La *vagino-fixation* sera une opération d'exception, ou laissée aux artistes du bistouri, cherchant à se créer des difficultés ou n'ayant pas le courage de renoncer à écouter les considérations « callisthéniques » de leurs clientes.

DEUX CAS DE TUBERCULOSE DE LA VULVE

(FORME HYPERTROPHIQUE ET FORME ULCÉREUSE)

Par le docteur **Mériel** (de Toulouse), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des Hôpitaux.

Le hasard d'une soutenance de thèse (1) sur les tuberculoses vulvaires m'amena à faire, à ce sujet, et pour argumenter le candidat, des recherches dans mes notes personnelles d'hôpital, et j'y retrouvai deux observations intéressantes que je résolus de ne pas laisser plus longtemps inédites. Elles sont, ma foi, un peu anciennes puisque l'une remonte à mon internat et l'autre date de mon clinicat chez mon regretté maître Chalot, voici sept ans déjà ; cependant elles n'ont rien perdu de leur valeur, surtout celle qui concerne un cas de tuberculose hypertrophique non ulcéreuse dont les exemples se comptent. Dès que j'en eus décidé la publication, je fis d'actives recherches pour retrouver et revoir les malades qui en faisaient l'objet, afin de constater leur état actuel; des deux je n'en ai pu retrouver qu'une seule, aussi pourrai-je parler pour celle-ci de légitime guérison.

Voici du reste son intéressante histoire.

Forme hypertrophique pure. — Irma B., 20 ans, domestique, habitant Toulouse depuis 18 mois, se présente à la consultation gratuite du professeur Chalot, dont j'étais chef de clinique, le 16 février 1900, pour une « grosseur » de la région vulvaire accompagnée de démangeaisons très vives. Celles-ci ont débuté depuis quelques jours, mais elles tendent à s'accentuer et ont préoccupé la malade au point de l'induire à examiner dans un miroir sa région vulvaire. Frappée de l'aspect insolite qu'elle présentait, elle est venue se soumettre sans plus tarder à notre examen.

Ce qui frappe tout d'abord, à première vue, c'est l'aspect éléphantiasique de cette vulve, qui a triplé de volume et pris une coloration rouge sombre.

La fente vulvaire est cachée par une sorte de gros opercule constitué par la petite lèvre gauche, volumineuse, épaissie, dure, infiltrée au palper et toute hérissée de saillies verruqueuses, grosses comme des lentilles et qui lui donnent l'aspect éléphantiasique.

---

(1) Cl. Combéléran, *les Tuberculoses de la vulve.* Thèse de Toulouse, 1906.

En soulevant cette petite lèvre, nous découvrons, en haut, la région clitoridienne déformée également, puis plus bas, le méat et la fente vulvaire réduite dans le sens transversal, enfin latéralement se voient les grandes lèvres également épaissies, infiltrées.

Le même état verruqueux s'observe surtout sur la face cutanée des grandes et petites lèvres ; la face muqueuse présente, au contraire, l'aspect lisse et la couleur normale.



Fig. 1. — Tuberculose hypertrophique non ulcéreuse.

Cet œdème dur se voit aussi à la commissure postérieure, devenue de la sorte très saillante, et l'on peut finalement envisager l'orifice vulvaire dans son ensemble comme entouré d'un volumineux anneau œdématié, éléphantiasique.

La surface cutanée des petites et grandes lèvres est *dépourvue de toute ulcération*, mais recouverte d'un suintement visqueux au toucher.

Rien dans les organes génitaux internes. Le sommet du poumon droit est douteux, suspect de tuberculose commençante ; la malade dit avoir eu une pleurésie (?) il y a trois ans.

Pas d'antécédent syphilitique, et l'épreuve du traitement pierre de touche, faite dès son entrée, est restée négative.

État général satisfaisant.

Opération le 2 mars 1900. — Anesthésie générale à l'éther ; excision large au bistouri de toute la masse hypertrophiée. Suture cutanée au crin.

Suites excellentes, réunion *per primam* sauf au milieu de l'incision à gauche à cause de la tension des bords ; toutefois la réunion se complète au bout d'une dizaine de jours et la malade quitte l'hôpital le 14 mars, pour se placer à nouveau comme fille de service.

Après de longues et patientes recherches, de quartier en quartier, dans Toulouse, j'ai pu retrouver mon ancienne opérée cet été et m'assurer que sa région vulvaire ne présentait aucune trace de récidive, mais que sa lésion pulmonaire persistait et semblait progresser. L'état général déclinait et je conseillai le repos pendant quelques mois dans sa famille, aux environs de Saint-Gaudens.

La tumeur enlevée ne nous indiqua pas, au point de vue macroscopique, sa véritable nature ; elle fut envoyée au laboratoire de M. le professeur Herrmann, sous la rubrique : éléphantiasis de la vulve, qui avait été le diagnostic clinique.

L'examen histologique, fait avec beaucoup de minutie, en coupes sériées, donna les indications suivantes.

L'épithélium ne présente aucune ulcération et les assises superficielles sont kératinisées. A part une certaine tendance à la prolifération épithéliale, il n'y a pas d'altérations notables. Tout l'intérêt réside dans la couche conjonctive sous-jacente, qui est fortement œdématiée et infiltrée de sérosité. Dans cette masse où les fentes lymphatiques sont très dilatées et les capillaires sanguins fort distendus, se voient de ci de là quelques amas d'infiltration embryonnaire.

A un plus fort grossissement, on voit que certains de ces amas sont constitués exclusivement par des cellules rondes, tandis que d'autres sont *assimilables par leur structure aux granulations tuberculeuses*. On y trouve, en effet, de dehors en dedans une zone de cellules lymphoïdes puis une zone de cellules épithélioïdes avec des cellules géantes. Ces formations d'aspect tuberculeux ne se voient bien nettement que sur un ou deux points de la préparation.

Cela nous suffit cependant pour penser à la nature tuberculeuse de la tumeur.

L'examen bactériologique n'a pu être fait.

C'est donc à une *tuberculose hypertrophique non ulcérée* que nous avions eu affaire.

Cette forme est très rare ; celle qui est la plus connue, la seule longtemps admise, a été la forme ulcéreuse dont je donnerai plus loin une observation personnelle.

La rareté de la tuberculose hypertrophique est telle, en effet, que Bender, dans sa remarquable étude (1), n'en a pu réunir que trois

(1) Bender, Tuberculose de la vulve. *Rev. de Gyn.*, 1906, p. 867.

cas : un de Petit et Bender (1), un de Latteux, un de Pœverlein (2); le mien serait donc jusqu'ici le quatrième.

Par les lésions tuberculeuses constatées au microscope, par l'aspect éléphantiasique, enfin par l'absence d'ulcération, cette observation peut être rangée sous la même rubrique que les trois autres. Cette absence d'ulcération permet, en effet, d'établir pour elle un type morbide spécial.

Winckel (3) avait bien, en effet, publié, en 1881, deux cas d'hypertrophie vulvaire, mais ils s'accompagnaient d'ulcérations plus ou moins étendues.

Même tendance à l'hypertrophie, même aspect éléphantiasique se voient aussi dans les observations de Martin et Nicolle (4), de Karajan (5), même tendance fâcheuse à la récidive après ablation, mais ce ne sont pas pour Bender des formes hypertrophiques pures, attendu qu'elles présentaient des ulcérations plus ou moins étendues.

Des faits semblables restent donc malgré tout assez rares jusqu'à présent; ils pourront se multiplier à l'avenir, s'ils deviennent moins méconnus. Il ne me paraît pas impossible que, dans le groupe confus des esthiomènes de la vulve, on ait depuis longtemps rangé à tort des cas d'hypertrophie simple, faute d'examen histologique. En présence de telles lésions, on pense généralement au sarcome (Pœverlein), à la syphilis, à l'éléphantiasis, jamais à la tuberculose qu'on reconnaît plus volontiers dans les formes avec ulcérations. Cela est si vrai que, dans mon cas, le diagnostic de tuberculose resta bien douteux après l'examen histologique ayant démontré quelques rares amas caractéristiques cependant; à ce moment-là, en 1900, cette forme hypertrophique n'était pas connue, et je n'ai pu classer mon observation avec un diaguostic ferme qu'après la lecture du travail de Bender sur la question.

La deuxième observation, bien moins rare, n'en est pas moins intéressante à relater, pour l'opposer à la précédente et faire ressortir les caractères de chacune d'elles.

Forme ulcéreuse. — Mme V., 26 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire au deuxième degré, est aussi porteur d'un tuberculome ulcéré, du volume et de

(1) Petit et Bender, *Rev. de Gyn.*, 1903, p. 946.
(2) Pœverlein, Inaug. Diss., Munich, 1902.
(3) Winckel, *Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane.* Leipzig, 1881.
(4) Martin et Nicolle, *Normandie méd.*, 1895, p. 33.
(5) Karajan, *Wien. klin. Wochk*, 1897, n° 42.



la forme d'une noisette, situé à la partie moyenne du bord libre de la petite lèvre gauche. Le fond de l'ulcération était rouge foncé, recouvert d'un enduit purulent. La malade se croyait atteinte d'un chancre.

Elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 4, et le 12 mai 1896 mon maître Chalot excisa sa tumeur et sutura exactement les bords de la plaie. La réunion ne s'obtint que par seconde intention.

Examen histologique. — L'examen microscopique montre que la lésion est d'autant plus avancée que l'on approche de l'extrémité libre de la tumeur; les limites du mal paraissent d'ailleurs avoir été dépassées.

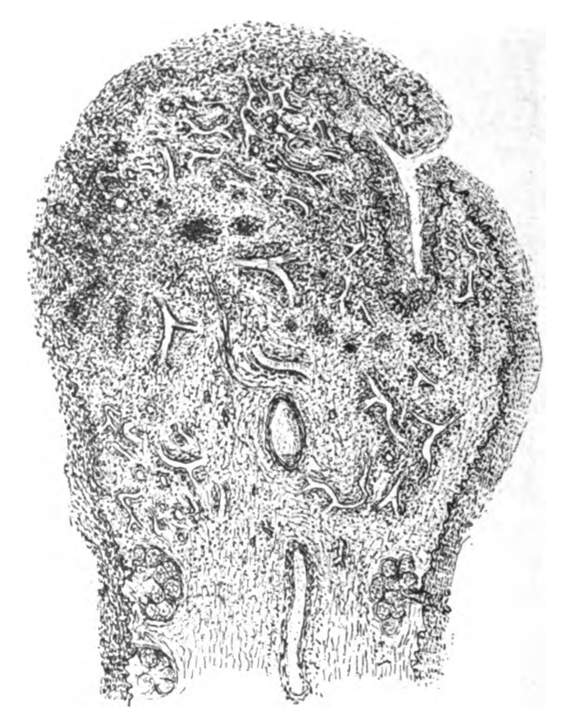


Fig. 2. — Tuberculose vulvaire ulcéreuse.

Sur un point de la périphérie diamétralement opposé à la surface cruentée, on voit une petite ulcération. On trouve aussi à ce niveau une sorte d'involution épidermique comme si la surface avait été déprimée en doigt de gant dont le fond se serait étalé.

Dans toute l'épaisseur de la tumeur, les vaisseaux sont si nombreux qu'ils lui donnent l'aspect d'un tissu érectile. Tout autour de ces vaisseaux sont groupées de nombreuses cellules rondes.

On distingue sur la coupe deux zones. Dans la zone profonde, toute la lésion consiste, comme nous l'avons dit, dans l'accumulation autour des vaisseaux de nombreuses cellules embryonnaires. Dans l'intervalle des vaisseaux on voit quelques granulations tuberculeuses sans cellules géantes. L'épiderme ne présente rien de particulier.

Mais à mesure qu'on approche de l'extrémité libre de la tumeur, les granulations augmentent de nombre et de volume, si bien que, à peu de distance de l'ulcération, le tissu conjonctif est presque entièrement confondu en tissu de granulations. Dans cette zone, l'épiderme fortement épaissi, la couche cornée surtout est doublée et le corps muqueux envoie dans la profondeur des digitations épithéliales grêles et nombreuses.

Dans certains points, l'épiderme est comme usé par la néoplasie, et il y a tendance à l'ulcération. C'est surtout à ce niveau que l'on trouve des tubercules assez volumineux résultant de la fusion de plusieurs follicules, de telle sorte que l'on trouve des amas de tissu de granulations avec d'assez nombreuses cellules géantes.

Au niveau de l'ulcération, l'épiderme a disparu ; on voit là une petite dépression formée par un tissu nécrosé, caséeux, bordé à la périphérie par des granulations tuberculeuses possédant toutes une cellule géante.

De ce qui précède il ressort que, le microscope ayant permis de constater la présence d'amas tuberculeux, le diagnostic de tuberculose ulcérée s'imposait sans conteste.

Dans le cas actuel, cette manifestation tuberculeuse à la vulve était un accident secondaire, surajouté à la lésion pulmonaire évoluant activement, aussi la marche avait-elle été relativement rapide, ce qui est l'inverse des tuberculoses primitives et isolées. Comment a pu se faire cette infection secondaire ? Les germes pathogènes ont pu être transmis par la voie sanguine, mais peut-être aussi par les linges souillés de crachats ou de selles diarrhéiques, ce qui serait, paraît-il, assez fréquent.

Un autre fait intéressant est la question de diagnostic. Ici on avait pensé au chancre mou ; dans tel autre cas, on a pu hésiter entre la gangrène, la diphtérie ano-vulvaire et la tuberculose.

Or la diphtérie vulvaire est reconnaissable à ses fausses membranes d'un gris terne et surtout à la coexistence d'une angine diphtérique.

La gangrène se reconnaîtra à son escarre livide, à son apparition au cours de maladies aiguës et graves.

Mais c'est surtout le chancre mou qui pourra prêter à confusion, pendant un instant seulement, car l'ulcération chancrelleuse est irrégulière, à fond anfractueux, à bords décollés et suintant abondamment; enfin le propre du chancre est de creuser tandis que la tuberculose s'étale et reste superficielle.

Je reconnais toutefois que certains chancres syphilitiques, les syphi-

lides ulcéreuses secondaires tardives ne peuvent être que difficilement différenciés d'avec la tuberculose par l'examen clinique seul; il y faut l'auxiliaire de l'examen histologique.

En résumé, à part ces dernières formes, d'appréciation délicate, toutes les fois qu'on sera en présence d'une tuméfaction vulvaire ulcérée, à bords irréguliers, soulevés, à fond suintant, ou bien non ulcérée mais fortement indurée, hypertrophiée, verruqueuse, il conviendra — plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici — de penser à la tuberculose sous ces deux formes (ulcérée, hypertrophique), d'en rechercher les autres manifestations viscérales pour proposer, selon les cas, le traitement conservateur ou l'ablation radicale de la tumeur suspecte. Il est bien certain, en effet, qu'on ne saurait proposer une extirpation pour tumeurs fistulisées à trajets multiples ; le débridement des trajets et le curettage des masses fongueuses suivi d'une cautérisation au thermocautère seront le seul traitement indiqué.

RÉSULTAT ÉLOIGNÉ D'UNE PYÉLONÉPHRITE DE LA GROSSESSE (1)

Par **F. LEGUEU.**

Dans un rapport que je présentais il y a quelques années au Congrès de Rouen sur les pyélonéphrites de la grossesse, j'exprimais le regret de ne pas trouver de documents sur les suites éloignées de ces pyélonéphrites; je formulais, en outre, le vœu que les auteurs, à l'avenir, se préoccupassent davantage de suivre, au-delà du terme de la grossesse l'évolution d'une maladie qui ne finit pas toujours à l'accouchement.

C'est pour répondre moi-même au vœu formulé, que j'apporte ici une observation intéressante d'une pyélonéphrite de la grossesse, à lente évolution et qui, après vingt-trois années et 14 grossesses, s'est terminée par la néphrectomie.

Voici cette observation :

X..., âgée de 40 ans, ménagère, entre le 15 mars 1907 dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, n° 6, pour des accidents douloureux du rein gauche, dont l'apparition remonte à plusieurs années en arrière.

1883 1re *crise*. Mariée à 17 ans, cette malade devint enceinte presque aussitôt (1re *grossesse*). C'était en 1883. Vers le deuxième mois de sa grossesse, apparurent de pertes blanches abondantes. Dix jours après, elle était prise, dans le rein gauche, d'une crise douloureuse caractérisée par de la douleur et de la tuméfaction du côté, des vomissements, de la douleur et de la fréquence des mictions et de la fièvre. La douleur siégeait principalement dans la région lombaire gauche, mais se faisait sentir également dans la région lombaire droite ou dans tout l'abdomen. La malade compare cette douleur à des élancements : elle est tellement vive que le poids de ses couvertures est insupportable.

Les vomissements sont bilieux, et très fréquents : la malade ne peut rien absorber sans le rejeter immédiatement.

La région lombaire gauche douloureuse est tuméfiée légèrement.

Enfin, dès le début de cette crise, les urines sont déjà *troubles* et nettement purulentes.

---

(1) Communication faite à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, séance du 11 novembre 1907.



La température ne fut pas prise, mais la malade se rappelle qu'elle eut une forte fièvre, avec des petits frissons à plusieurs reprises.

Pendant deux jours tous ces signes s'accroissent ; puis au bout de ce temps, ils s'atténuent graduellement et en quatre jours tout est à peu près fini. Il reste pendant quelque temps un peu de sensibilité dans la région lombaire gauche, mais la malade peut reprendre ses occupations.

Au cours de cette première grossesse, cependant, les crises se renouvelèrent *trois fois* avec les mêmes caractères.

L'accouchement fut très douloureux : la malade mit au monde une fille, qui est encore vivante aujourd'hui, mais est tuberculeuse.

2e *grossesse*. Trois mois après son accouchement la malade redevient enceinte à nouveau et est prise au deuxième mois d'une nouvelle crise (5e *crise*). A trois mois et demi, elle fait une fausse couche.

A partir de ce moment, de 1884 à 1905, dans l'espace de 21 ans, la malade a eu 7 nouvelles grossesses et fait quatre fausses couches.

A chaque grossesse, de nouvelles crises se reproduisent avec les mêmes caractères que les premières, ces crises augmentent de fréquence et d'intensité avec le nombre des grossesses. Entre ses crises, et dans l'intervalle de ses grossesses, la malade peut vaquer aux soins de son ménage.

En 1905 commence la série des derniers incidents qui conduisirent cette malade, après plusieurs opérations, à la néphrectomie.

Trois mois après son dernier accouchement, la malade fut reprise d'une crise très forte, douleur violente généralisée à tout l'abdomen, avec prédominance à la région lombaire gauche, tuméfaction, vomissements abondants, troubles vésicaux, fièvre intense. La crise dure huit jours : la malade entre alors à la crèche de Tenon où on lui applique de la glace sur la région lombaire gauche et des ventouses scarifiées.

Néphrostomie, 1905. — Dix jours après son entrée à l'hôpital, mon collègue Beurnier, sentant le rein gros et distendu et voyant persister la fièvre, pratique la néphrostomie lombaire. Le rein était distendu par une quantité de pus assez considérable, il contenait en outre deux calculs phosphatiques secondaires, de petit volume. Drainage.

La malade reste trois mois à l'hôpital avec une fistule lombaire uro-purulente. Celle-ci se ferme enfin, et la malade rentre chez elle en bon état.

Deuxième néphrostomie, 1906. — Un mois après sa sortie de l'hôpital, la malade est reprise d'une nouvelle crise douloureuse et fébrile ; la fistule se rouvre et une petite quantité de pus s'échappe par l'orifice ainsi créé. La malade rentre à l'hôpital dans le service de mon ami Faure, qui avait succédé à Beurnier. La fistule est agrandie, et le rein se vide plus largement.

La malade se sent guérie, et, ne ressentant plus que de vagues douleurs dans la région lombaire, elle rentre chez elle avec une *fistule uro-purulente*.

Celle-ci se ferme dans les quelques semaines qui suivent son départ.

Dernière et quatorzième grossesse. — Quinze mois après sa sortie de l'hôpital, notre malade devient enceinte à nouveau.

Au deuxième mois, la fistule étant fermée, la malade est prise d'une nouvelle crise ; et pour la troisième fois, elle rentre à l'hôpital Tenon, dans le service de mon collègue Souligoux qui a remplacé Faure.

La région rénale est extrêmement douloureuse et empâtée : la malade y ressent des battements extrêmement pénibles : la fièvre est à 39°,5. On pratique immédiatement l'incision du rein, sous le chloroforme, en traversant la ligne de l'ancienne cicatrice. Il s'écoule environ un litre d'urine et de pus.

A la suite de cette nouvelle opération, la malade est très améliorée, la fièvre tombe, et la fistule donne chaque jour pas mal d'urine et de pus. La grossesse suit son cours.

Le 15 mars 1907, la fistule donnant toujours, mon ami Souligoux me demande de reprendre la malade dans mon service, elle est couchée salle Richard-Wallace n° 6.

A ce moment, elle présente simplement une fistule uro-purulente à gauche, les urines sont très légèrement troubles. La grossesse est à un peu plus du sixième mois. Dans ces conditions, je décide de ne rien tenter avant l'accouchement : la fistule constitue en effet comme une sauvegarde, et ce n'est qu'après l'accouchement qu'il y aura lieu d'envisager la perspective d'une néphrectomie. L'accouchement eut lieu le 8 avril 1907 un peu avant terme, à sept mois. La malade était alors dans le service de mon collègue Boissard.

Elle m'est retournée au bout de 15 jours, et voici dans quel état elle se présente à ce moment.

La fistule est encore fermée : elle s'est fermée dans les quelques jours qui ont suivi l'accouchement. Mais depuis qu'elle est fermée, le rein se distend à nouveau et recommence à faire souffrir. On le sent, augmenté de volume, son extrémité inférieure est à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

L'uretère n'est pas perceptible par le toucher vaginal.

La vessie est peu douloureuse à l'exploration ; la malade urine quatre fois dans la journée, trois à quatre fois dans la nuit ; la vessie reçoit 160 centimètres cubes avant que le besoin d'uriner se fasse sentir.

Le 20 avril 1907, je pratiquai un examen cystoscopique, la vessie m'apparut saine, l'orifice urétéral droit était normal. Par l'uretère gauche s'échappe continuellement un petit filet de pus.

Le 24 je pratique la séparation des urines avec l'instrument de Luys.

L'application est faite pendant une demi-heure et donne :

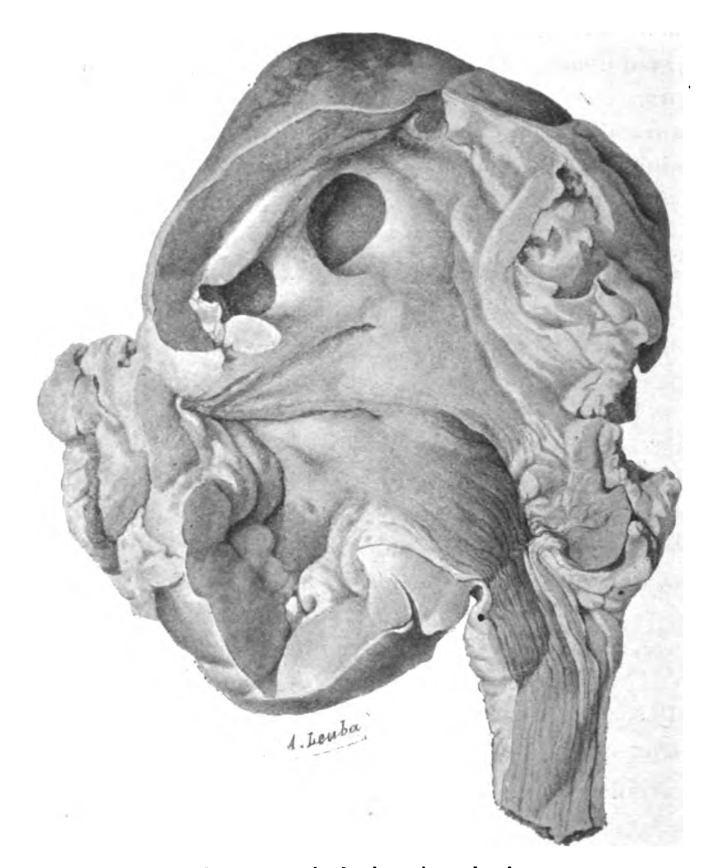
	Rein droit	Rein gauche
Couleur	Claire et jaune	Pâle et trouble
Quantité.	8 cent. cubes	12 cent. cubes
Urée	7 gr. 04 par litre	5,12
Chlorures.	8	5

Une analyse complète des urines faite le 27 par M. Collard donne :

Quantité	. . . .	1. 200 gr.
Urée	. . . .	8 — 96
Chlorures	. . . .	8 — 04

Enfin une épreuve au bleu de méthylène est favorable ; il y a élimination de bleu dans les proportions sensiblement normales.

Dans ces conditions la néphrectomie me paraît tout indiquée pour mettre



Coupe verticale du rein enlevé.

la malade à l'abri des crises qu'elle présente si souvent et des opérations successives. Bien que le rein droit donne peu d'urée, j'espère cependant que la néphrectomie donnera un bon résultat.

Le 3 mai 1907. — *Néphrectomie lombaire.* Anesthésie chloroformique par M. Hanriot, aide; M. Deverre, interne.

Incision lombaire oblique sur le trajet de l'ancienne cicatrice : la fistule actuellement fermée est circonscrite par l'incision.

Le rein est facilement abordé sur sa face postérieure et reconnu : il est isolé avec assez de difficultés, car il est enveloppé de nombreuses adhérences.

L'uretère est lié à quelques centimètres au-dessous du rein : il est peu épais mais dilaté.

Ligatures isolées du pédicule. Ligature massive en double. Suture. Drainage.

La malade a guéri. Les suites opératoires ont été un peu pénibles. La diurèse fut quelque temps un peu insuffisante, il y avait des nausées, quelquefois des vomissements, mais peu à peu le taux de la sécrétion s'est relevé, ainsi qu'en témoigne l'analyse suivante d'urine pratiquée le 10 mai, soit 7 jours après l'opération :

Volume émis en 24 heures.	400 cent. cubes.
Urée par litre	12 gr. 80
Chlorures.	4 » 60

La malade a quitté mon service vers le milieu de juillet, complètement guérie et en très bon état.

*
* *

Voilà donc une observation longue mais intéressante, car elle suit pendant 23 ans et à travers 14 grossesses complètes ou incomplètes, une pyélonéphrite qui conduit un jour à la néphrectomie.

A chaque grossesse, le même phénomène se reproduisit, les mêmes circonstances intervenant, et à partir du jour où le rein fut évacué par la néphrostomie, la fistule se rouvrait ou demandait à se rouvrir dès que l'utérus devenait gravide.

Je signale en passant l'heureuse efficacité de la néphrostomie, qui permit à la malade de conduire à bonne fin sa grossesse sans entrave ; la fin de la dernière grossesse et le dernier accouchement se sont passés dans d'excellentes conditions, bien que la malade ait eu une fistule lombaire et peut-être même parce qu'elle avait une fistule lombaire.

Mais pourquoi donc après tout une évolution aussi longue d'une affection qui disparaît en général avec la grossesse, et dès que celle-ci est terminée ? Il y a ici une raison physiologique et une raison anatomique.

Une raison physiologique, c'est que cette femme a eu un grand nombre de grossesses, et que à chacune d'elles son uretère s'est retrouvé par rapport à son utérus dans des conditions identiques ; chaque fois, les conditions qui suffisent à produire la pyélonéphrite de la grossesse étaient constituées.

Mais il est aussi une raison anatomique, c'est l'état du rein.

Le rein présente les particularités suivantes : il est considérablement aminci dans son parenchyme, au contraire le bassinet considérablement agrandi a pris la place du parenchyme détruit ou aminci par atrophie.

Le bassinet ouvert, ainsi que l'uretère, montre les particularités suivantes : il est lisse, régulier à sa face interne, et ne présente que les anfractuosités résultant des calices énormément dilatés.

L'uretère est dilaté lui aussi ; il est plus pâle et moins rouge que le bassinet.

Mais à l'union du bassinet et de l'uretère, se voit un rétrécissement de l'uretère, cicatriciel, très évident, au niveau duquel le calibre de l'uretère est comme étranglé.

Ce rétrécissement est-il primitif ou secondaire ? S'agit-il donc de ces rétrécissements congénitaux comme on en voit sur l'uretère et qui sont capables de produire la pyélonéphrose, ou bien n'est-ce pas un rétrécissement consécutif à l'inflammation, un rétrécissement d'urétérite ?

Je penche pour cette dernière hypothèse : ce n'est pas un rétrécissement congénital et persistant, car l'uretère est dilaté au-dessous et on ne peut ainsi soutenir que le rétrécissement ait été la cause et le point de départ des accidents.

Mais s'il n'a pas été à l'origine des accidents pour les causer, ce rétrécissement a été consécutif et dû à l'urétérite, et dans ces conditions, il a compliqué l'évolution de cette pyélonéphrite. C'est sans doute sous son influence que ce rein doit de n'avoir jamais guéri et d'avoir été, après 23 ans, le point de départ des accidents qui ont conduit à la néphrectomie.

Alors donc qu'un grand nombre de ces pyélonéphrites de la grossesse s'améliorent spontanément au point de ne laisser aucune trace, on pouvait se demander pourquoi celle-ci avait échappé à cette règle. La raison de cette persistance, je la trouve dans ce rétrécissement de l'uretère, dans cette lésion secondaire et surajoutée, d'ordre inflammatoire, et qui, une fois constituée, ne pouvait plus permettre à ce rein de guérir complètement. A partir du moment où cette lésion était constituée, la pyélonéphrite, qui jusqu'alors était intermittente comme les grossesses qui l'avaient produite, est devenue une *pyonéphrose* continue et nécessitant, soit la permanence de la fistule, soit la néphrectomie.

A date éloignée, ces pyélonéphrites sont donc susceptibles de présenter les transformations anatomiques qui caractérisent habituellement les pyélonéphrites descendantes et d'aboutir à la destruction totale du rein.

REVUE ANALYTIQUE

Appendicite et grossesse. (Appendicitis und Gravidität) H. Lindner. *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. LXXXII, p. 17.

L'auteur se propose d'exposer brièvement surtout les éventualités diverses qui peuvent résulter de la complication d'une appendicite avec la grossesse, en se basant sur les faits qu'il a observés durant six ans à la « *I chirurg. Abth. des Stadskkrankenhauses Friedrichstadt zu Dresden* ».

L'appendicite peut compliquer soit *a*) une grossesse régulière, soit *b*) une grossesse irrégulière, anormale ; le diagnostic dans la première éventualité a plus d'importance sous le double point de vue du pronostic et du traitement ; dans la deuxième, il a un plus grand intérêt de curiosité en quelque sorte. Dans le cas de grossesse irrégulière, l'appendicite peut, par exemple, coexister avec une grossesse extra-utérine, compliquée, un avortement tubaire, associations toujours de conséquences graves. D'autre part, il est des conditions particulièrement complexes bien faites pour causer des erreurs de diagnostic : 1° on peut prendre une grossesse extra-utérine pour une appendicite et inversement, 2° un avortement tubaire pour une péritonite appendiculaire et *vice versâ* ; 3° une péritonite *post abortum* pourra être estimée péritonite *appendiculaire* et être opérée. L'auteur résume deux faits illustrant la première erreur.

Obs. 1. — X..., d'âge moyen, se présenta dans un état pitoyable; on lui trouva dans la région iléo-cœcale droite une tumeur volumineuse, fluctuante, qui parut, quasi-sûrement, être un abcès. Renseignements anamnestiques nuls, possibilité de grossesse niée avec la plus vive énergie. *Opération* : on tomba sur un abcès fétide, limité par les anses intestinales, d'où peu à peu on retira un fœtus de cinq mois. Consécutivement, on sut qu'un an auparavant, la femme avait vu ses règles supprimées. Elles avaient reparu cinq mois après. Et depuis leur apparition, l'état général était resté bon. Au résumé, ce fœtus avait été porté cinq mois sans accident, jusqu'au moment où le sac fœtal dut s'infecter.

Obs. 2. — X..., 30 ans, fille de médecin, soignée par lui et par un collègue pendant plusieurs semaines pour une péritonite subaiguë, qui, pensait-on, avait abouti à une collection purulente dans le Douglas, abcès qu'il fallait inciser. Or l'incision montra qu'il s'agissait d'une grossesse ectopique à trois mois.

Suit une observation où l'erreur fut à *peu près* inverse.

Obs. — 23 ans, admission 9 juillet 1904. Dernières règles commencement d'avril. Depuis le 20 avril, douleurs dans le ventre à droite et à gauche, anorexie, constipation rebelle. Diagnostic fait par un médecin : « *irritation du cœcum* » (Blinddarmreizung). Repos au lit quelques jours, frissons, chaleur, sueur. Alors, amélioration légère, mais douleurs persistantes. A la consultation de gynécologie, diagnostic : *grossesse extra-utérine*. Laparotomie : Près du cœcum et autour, *une tumeur*, *plus*

une grossesse NORMALE : résection du cœcum et enlèvement d'une quantité de ganglions du méso-cœcum. *Guérison per primam*. Grossesse non troublée. *Exeat* le 9 août. *Diagnostic*, histopathologique, tuberculose du cœcum.

« Les cas les plus importants sont, indiscutablement, ceux dans lesquels le médecin relève chez la malade des signes qui marquent un processus péritonéal grave : *s'agit-il d'une péritonite par perforation ou d'une grossesse tubaire rompue* ? Or ce diagnostic n'est pas sans importance, car, si la conduite à suivre dans les deux éventualités, quand il y a un chirurgien habile et un milieu approprié (outillage, assistance), peut être identique, c'est-à-dire interventionniste, — il n'en est pas de même au cas d'insuffisance chirurgicale et de milieu. D'ailleurs, cette précision désirable dans le diagnostic restera souvent à l'état de *desideratum*, par la raison que par exemple l'éclatement d'un sac tubaire et la perforation d'un appendice peuvent produire le même complexus symptomatique.

« D'autre part, il faut remarquer qu'à l'heure actuelle, l'obsession dominante étant l'appendicite, c'est à la perforation de cet organe qu'on songe le plus souvent. »

OBSERVATION. — Le nombre des opérations pour avortement tubaire est plus élevé, écrit l'auteur ; mais dans les autres on ne fit pas intervenir une appendicite dans le diagnostic différentiel.

OBS. — X..., 32 ans, admise le 16 avril 1901. Dernier accouchement en novembre 1899. *Pas de suppression menstruelle* ; dernières règles il y a trois semaines, régulières, quatorze jours, puis pendant huit, jours, pas de sang, bien-être parfait. Dans la nuit du 14 au 15, douleur soudaine dans le ventre, vomissements, borborygmes, pas d'émission de gaz; refroidissement des extrémités, pouls à peine perceptible, incomptable, facies hippocratique, ventre météorisé, mou ; seulement au-dessous du nombril, résistance douloureuse. Défense plus accentuée *à droite*. Pas de garde-robes, pas de gaz au moyen de lavements. *Diagnostic* : ileus par étranglement ? appendicite ancienne ? *Cœliotomie* sur la ligne blanche entre l'ombilic et la symphyse : dans la cavité abdominale, quantité considérable de sang liquide. Siège de la perforation probablement à droite où le ligament large paraît tendu en forme de sphère et soudé à l'ovaire. A cause de la faiblesse du pouls, terminaison rapide de l'opération ; tamponnement du bassin, fermeture de la cavité abdominale. *Exeat*, 26 juin 1900.

OBS. — 28 ans, admise le 24 mars 1903, resta 13 jours dans le service gynécologique pour des douleurs dans le ventre, à droite. Garde-robes douloureuses, hémorragies légères. Diagnostic porté par le médecin qui, en ville, avait soigné au début : avortement. Les douleurs étaient devenues plus fortes depuis 8 jours. Fièvre. Dernières règles le 15 janvier. Le troisième jour après son admission, curettage et dans le service gynécologique, diagnostic : *appendicite* ? Le 24 mars, *Cœliotomie* : dans le bassin, épanchement sanguin considérable, avortement tubaire à droite. Salpingectomie, ventrofixatio uteri. Tamponnement du bassin. Les premiers jours, accidents graves (collapsus, fièvre, puis *guérison rapide*).

Exeat le 24 avril 1903.

OBS. — 27 ans, admission 13 juin 1903, un avortement. Dernières règles, 14 jours avant ; 3 à 4 jours de plus qu'à l'ordinaire ; sauf cela, toujours état général bon. La veille, soudainement douleurs dans le ventre, sueur froide, vomissements, etc. Météorisme abdominal très accusé. Pas d'expulsion de débris, de membranes avec le sang des dernières règles. *Etat à l'admission* : bon embonpoint; pâle, P. 98, fort; T. 37°,5, expression d'angoisse, douleurs dans le ventre vagues. Pas de colostrum, pas de pig-

mentation, ventre tendu, sensibilité régulière, diffuse à la pression, pas d'épanchement libre, pas de météorisme localisé. Portion vaginale du col relâchée, molle. Utérus petit, rétrofléchi. Cul-de-sac remarquablement sensible. *Diagnostic* : irritation péritonéale par appendicite ou hémorragie ? D'abord, amélioration du 15 au 16, aggravation rapide, presque moribonde. *Cœliotomie* sous anesthésie locale. Hémorragie considérable par *avortement tubaire* droit ; salpingectomie, tamponnement, *mort* une demi-heure après.

Obs. — 28 ans, admission le 30 septembre 1904. Menstruation toujours régulière toutes les quatre semaines. Revenues le 1er septembre à la date normale, les règles reparaissaient le 15 septembre pendant le coït. Le 24 septembre, douleurs dans le ventre et malaise qui s'amenda après issue par le vagin de quelques gouttes de sang. Le 27 septembre, un gynécologue appliquait pour coudure de la matrice un anneau qui ne put pas être supporté. Le 28 septembre, de nouveau, violentes douleurs abdominales, surtout à gauche. Vomissements, pâleur. *Etat à l'admission* : femme de force moyenne, bien nourrie. Pâle, regard inquiet. Abdomen météorisé, pas trop tendu, sensible à la pression. P. 120, petit, hémorragie légère par le vagin. *Diagnostic* : péritonite ou hémorragie ? Cœliotomie : *avortement tubaire* à gauche. Salpingectomie, ventrofixation. Guérison, *exeat* le 11 novembre 1904.

Obs. — 32 ans... admission le 29 avril 1906. Deux accouchements antérieurs, menstruation régulière, la dernière 8 jours avant, plus courte qu'à l'ordinaire. L'avant-dernière nuit, brusquement de très fortes douleurs dans le ventre. Le médecin diagnostiqua appendicite et prescrivit de l'opium en suppositoires. Consécutivement amélioration légère. La nuit dernière, de nouveau aggravation sérieuse ; dernière garde-robe la veille au matin, depuis pas d'émission de gaz, renvois et vomissements continuels. *Etat à l'admission.* — Ventre très tendu, sensible partout à la pression, parties latérales mates. Vomissements aqueux, pas d'hémorragie génitale. *Diagnostic*, péritonite. Cœliotomie, grossesse tubaire rompue, salpingectomie, tamponnement du bassin. Guérie, *exeat* le 7 juin 1906.

Ces faits montrent que l'irruption du sang dans la cavité abdominale peut s'accompagner d'un complexus symptomatique très semblable à celui de la péritonite (éructations, vomissements, suppression de la fonction intestinale). Mais l'orientation du diagnostic vers la péritonite, loin de nuire aux malades en poussant à une opération plus précoce, leur fut plutôt utile, il est même vraisemblable que si dans le cas 3 on eût davantage pensé à une péritonite, on serait intervenu plutôt et on aurait sauvé la femme.

Voici maintenant le seul exemple observé par l'auteur d'une péritonite *ex abortu* prise pour une péritonite par perforation de l'appendice et opérée comme telle.

Obs. — 31 ans... admission le 12 février 1905, malade depuis 8 jours. « Crampes de l'estomac. » Depuis 3 jours, douleurs abdominales fortes et météorisme croissant, — pas de garde-robe, vomissements. *Menstruation régulière* parue à sa date. Femme gravement atteinte, expression d'abattement et respiration difficile, mouvement des ailes du nez, fièvre vivre. L'examen vaginal ne révèle rien de particulier, sauf l'hémorragie, qui est donnée comme étant la menstruation et qui a de l'odeur désagréable. *Diagnostic*, péritonite par perforation appendiculaire... *Cœliotomie* : péritonite suppurée, d'origine indéterminée. Amélioration d'abord, puis *mort* le 12 février 1906. *Autopsie*, péritonite *post abortum* ; débris membraneux, abcès dans le paramétrium droit. Pleurésie fibrineuse suppurée.

L'auteur envisage maintenant la question capitale : *complication par une appendicite d'une grossesse évoluant jusqu'alors régulièrement.* — Quelle con-



duite le praticien doit-il tenir ? Or, la réponse ne saurait être identique pour tous les cas. Au contraire, il s'agira alors d'individualiser le plus sagement qu'il se pourra. D'une manière générale, l'expérience enseigne que des récidives d'appendicite sont particulièrement graves durant la grossesse et *in puerperio*. On peut aussi être appelé à pratiquer l'appendicectomie chez des femmes enceintes qui seraient notablement éprouvées par une appendicite chronique, comme dans le cas suivant :

Obs. — 30 ans... admission le 3 août 1906. 2 années auparavant, typhlite. Actuellement encore des douleurs au niveau de l'estomac et du cœcum, ventre pourtant peu tendu, mou, pas de réaction de défense, pas de vomissements, grossesse à 4 mois. A cause de la persistance des douleurs et parce que la femme la réclame, *appendicectomie* après cœliotomie, le 8 août. Suppression des douleurs, *exeat* le 4 septembre 1906. Diagnostic histopathologique, lésions d'un catarrhe aigu.

Les faits démontrent aussi que des attaques sévères d'appendicite 1° mettent la grossesse en danger et 2° comportent, même *quo ad vitam*, un pronostic sérieux. Et il n'est pas besoin pour cela d'une péritonite diffuse, l'extension notable de la suppuration locale et avant tout la localisation dans le bassin d'une suppuration abondante y suffisent. L'observation suivante fait voir qu'on peut, éventuellement, sauver une existence gravement menacée.

Obs.— 20 ans..., admission le 27 septembre 1902. Grossesse à 3 mois. Ventre très distendu ; à gauche et à droite, au bas matité. Pas de modification par le changement de décubitus Pas de météorisme local. Sensibilité à la pression généralisée, Laparotomie sur la ligne médiane (incision de 2 travers de doigt au-dessus du nombril jusqu'à la symphyse : péritonite ancienne, diffuse, issue de l'appendice gangrené, pas d'adhérences. *Extirpation de l'appendice*, ponction de l'intestin qui donne issue à une quantité de gaz et de matières fécales liquides. Enlèvement du pus par des tampons, tamponnement de la cavité abdominale. Marche d'abord favorable, le 1er octobre enlèvement du tampon et mise en place d'un drain. Le 2 octobre, *avortement* avec hémorrhagie modérée. Le 11 octobre, fermeture de la cavité abdominale. La guérison ne s'établit pas, section des fils ; secrétion abondante. Cystite. Le 3 novembre, fistule de l'intestin grêle, suturée sans succès. Le 23 novembre évacuation de 2 mètres de ténia par la fistule intestinale, qui devient perméable à 2 doigts. Le 26 novembre, résection intestinale, puis abdomino-pariétoplastie pour fermeture de la plaie.

Guérison, *exeat* le 23 décembre 1902.

Suivent 5 observations d'appendicite compliquant la grossesse, dont deux furent suivies par le prédécesseur de l'auteur. En voici deux comme modèles :

Obs. — 31 ans..., admission le 2 août 1891. 3 jours auparavant, douleurs intestinales et vomissements. Douleurs dans le côté droit, peu à peu dyspnée. *Etat* : grossesse à 8 mois. Ventre fortement tendu et partout sensible à la pression. Forte dyspnée, diaphragme très repoussé en haut. Le 4 août, *péritonite suppurée diffuse* mise en évidence par la ponction, incision au bord externe du muscle droit, évacuation d'un litre de pus très liquide. Peu après, issue du liquide amniotique. Extraction avec le forceps d'un enfant à terme. 2 heures après, *mort* dans le collapsus. *Autopsie*, perforation de l'appendice. Péritonite généralisée, suppurée.

Obs. — 21 ans, reçue le 4 septembre 1906. Diagnostic clinique : *appendicite sup-*



purée, grossesse à 4 mois. Incision oblique en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Cœcum englobé dans des adhérences solides, formant une tumeur comme le poing. Incision de la cavité abdominale libre, la trompe se présente. Recherche très laborieuse de l'appendice dont l'extrémité est gangrenée. Pas d'exsudat libre. D'abord, état de la malade bon; à partir du 13 septembre, en dépit d'un état subjectif satisfaisant, état objectif fâcheux, fièvre. Suspicion d'un abcès. Ponction exploratrice négative. Le 14 septembre, cyanose, respiration fréquente, fièvre vive; à droite, en arrière, en bas, pleurite, 19 septembre, avortement. Pas de curettage de l'utérus. *Suites opératoires favorables*. Partie guérie le 8 novembre 1906.

Les 3 autres cas se terminèrent par la mort.

Des faits que j'ai observés, écrit l'auteur, il ressort que le pronostic, pour les femmes parvenues aux derniers mois de la gestation qui souffrent d'appendicite, n'est guère favorable, qu'elles sont *quoad vitam* très menacées. Indépendamment du danger créé par l'hypervascularisation, l'exaltation du pouvoir de résorption, la présence d'une grande quantité d'éléments anatomiques susceptibles de putréfaction, il existe un facteur mécanique important et fâcheux à savoir : le volume de l'utérus, fâcheux par rapport au traitement immédiat et consécutif de l'exsudat. Quant à la production artificielle de l'accouchement, elle est passible d'objections si graves, qu'elle ne doit pas être prise en considération.

Au cas d'avortement, il faut s'efforcer le plus possible d'éviter la rétention *in utero* de débris ovulaires.

R. L.

Nouvelle contribution à l'étude de la menstruation et de l'ovulation (Neuer Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation). C. Léopold et Ravano. *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. 83, Hft. 3, p. 566.

1° La menstruation, c'est-à-dire l'hémorragie périodique qui se fait au niveau de la muqueuse utérine, dépend de la présence de l'ovaire et de la formation suffisante de la muqueuse de l'utérus et non de la simple rupture du follicule de Graaf.

2° Peu avant et durant la rupture d'un follicule de Graaf, il se fait en général dans l'ovaire un afflux de sang abondant. Cet afflux de sang est très vraisemblablement la cause en raison de laquelle l'ovulation coïncide fréquemment avec la menstruation.

3° Lorsqu'un follicule de Graaf s'est rompu, il se forme un corps jaune dont on peut évaluer, avec une précision relative, l'âge du moment de son origine à la septième semaine.

4° L'ovulation se fait parfois suivant un cycle régulier; d'autrefois elle a lieu par à-coups : le plus souvent cette périodicité va avec celle de la menstruation.

5° L'ovulation, dans plus un tiers des cas, ne tombe pas avec la menstruation.

6° L'ovulation peut se produire à n'importe quel moment, même quand il ne



survient aucune hémorragie utérine. Ce fait montre qu'il y a très grande possibilité que la conception peut avoir lieu à ces mêmes moments.

7° La menstruation peut se faire sans ovulation.

8° Même dans le moment de l'atrophie sénile des ovaires, il s'y forme des follicules tout à fait normaux et des *corpora lutea*, d'où il est permis d'inférer que l'ovulation survit à la menstruation.

R. L.

De la production d'un épanchement sanguin intrapéritonéal considérable ou d'une hématocèle par suite d'une hémorragie venant d'un corps jaune (Zur Entstehung von grossen intraperitonealen Bluterguss bez. von Hämatocelen durch Blutung aus einem Corpus luteum). O. Engstrom. *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. LXXXII, p. 80.

L'auteur rappelle d'abord les principaux travaux qui, depuis celui, le premier en date, de Nélaton (1850), ont contribué à élucider la question de l'hématocèle, et à établir la notion que, dans le plus grand nombre des cas, elle est l'effet d'une grossesse extra-utérine rompue. Or, l'auteur rapporte ici, très minutieusement (détails cliniques, macroscopiques et histo-pathologiques) un cas dans lequel l'hématocèle se serait effectuée, en dehors de toute grossesse, consécutivement à une hémorragie ayant son origine dans un corps jaune, ou plutôt au niveau du tissu néoformé qui entourait en dehors le corps jaune bien développé.

R. L.

Sur la question de l'activité de l'ovaire dans la grossesse (Ueber die Frage nach der Thätigkeit des Eierstoks in der Schwangerschaft). Ravano. *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. LXXXIII, Hft 3, p. 587.

L'auteur a utilisé pour l'examen de cette question, si diversement jugée, la riche documentation de la *Dresdener Klinik* et du Museum (professeur Léopold). Chaque cas, écrit-il, fut étudié avec la plus grande minutie et avec une grande rigueur scientifique, sous le double point de vue macroscopique et histologique, après avoir pris parfaite connaissance des détails cliniques du cas correspondant. Des cas examinés, dont le nombre dépassa cent, ne furent pris en considération que ceux qui purent être l'objet d'une étude complète et qui ne présentèrent sous le rapport de l'anatomie pathologique aucune irrégularité notable. Les pièces anatomiques proviennent en partie d'opérations de Porro, en partie de femmes qui moururent, de causes diverses, peu après leur accouchement (2 fausses couches, 15 accouchements prématurés, dans le nombre). Pour plus de concision et de clarté, l'auteur ne rapporte que les données nécessaires pour l'étude de la question au débat. Il rapporte les faits brièvement dans l'ordre suivant : 1° fausses couches ; 2° accouchements prématurés ; 3° accouchements à terme, ceux-ci en tenant compte du temps écoulé du moment de l'accouchement jusqu'à la mort.

En somme, Ravano, au cours de ses laborieux et nombreux examens, constata sur les ovaires des follicules de Graaf à toutes les phases de leur évolution (follicules de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot, follicules parfois à un tel degré de maturité et avec un dôme si aminci et sillonné du cercle vasculaire si connu qu'ils semblent en imminence de rupture), et, de plus, 4 fois, 2 corps jaunes l'un sur l'ovaire droit, l'autre sur l'ovaire gauche (mais, dans l'un des cas, il s'agissait d'une grossesse gémellaire).

Quant aux 3 autres cas, après discussion critique des objections qu'on pourrait soulever, il estime qu'on ne saurait les interpréter que par la continuation de l'activité ovarique *in gestatione*.

Conclusions : 1° Il n'existe aucune différence (forme, constitution anatomique, contenu) entre le corps jaune de la menstruation et celui de la grossesse. Donc, cette distinction *corpus luteum spurium* et *corpus luteum verum* est injustifiée: il n'y a que des *corpora lutea vera*, qu'ils proviennent d'un œuf qui a été, ou non, fécondé.

2° L'opinion, jusqu'ici accréditée, que le *corpus luteum graviditatis* persiste toujours dans l'ovaire pendant toute la durée de la grossesse, est inexacte, car, bien que l'éventualité soit rare, il peut même disparaître sans laisser aucune trace.

3° Chez le plus grand nombre des femmes enceintes, il y a une tendance manifeste à l'ovulation.

4° Dans quelques cas de grossesse, une ovulation complète a lieu.

5° L'ovulation pendant la grossesse n'est pas tellement rare, car elle se fait dans environ 5 p. 100 des cas.

R. L.

Disparition du liquide amniotique dans la seconde moitié de la grossesse, une forme typique d'oligo amnios (Fruchtwasserschwund in der zweiten Schwangerschafthälfte, eine typische Form der Oligohydramnie). AHLFELD, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVII, Hft. 1, p. 67.

L'auteur rapporte brièvement 7 cas intéressants, qui furent l'objet d'une surveillance, toute spéciale, surveillance qui permit de constater le moment exact de la rupture de la poche des eaux, cas dans lesquels on put établir formellement qu'antérieurement à cette rupture, il n'y avait jamais eu aucune sorte de perte d'eau et *qu'à la suite de la rupture des membranes*, qui se fit toujours *sub partu*, *il ne s'écoula que très peu de liquide amniotique*, *parfois même rien qu'un peu de méconium.*

Ces cas se distinguent de la plupart de ceux d'oligo-amnios très marquée qui ont été rapportés antérieurement, par le fait que les enfants sont nés vivants ou étaient encore vivants peu avant leur naissance. S'est-il agi d'oligo-amnios primitive, ou secondaire? *Secondaire*, estime l'auteur, à cause de l'absence d'adhérences amniotiques, de malformations articulaires ou autres particularités no-



tables, etc., mais il confesse l'impossibilité où il est d'expliquer cette disparition tardive du liquide amniotique. Il pense toutefois qu'il faudra rechercher cette cause dans l'état du fœtus et des annexes ovulaires (placenta compris), et qu'ainsi la solution du problème a beaucoup de rapports avec celui, non encore définitivement résolu, de l'origine du liquide amniotique. Sur ce point particulier, il tient à rappeler son opinion, qu'il résume ainsi : *le liquide amniotique n'est pas l'urine fœtale ; il ne provient même pas, pour une portion notable, de la vessie de l'enfant ; il y a au plus, accidentellement, mélange de ce liquide avec de l'urine, le liquide amniotique provient d'une transsudation des vaisseaux maternels et fœtaux* (au début de la grossesse, vaisseaux maternels, puis vaisseaux fœtaux de la peau, de la lame amniotique, du cordon, etc.); toutefois, il n'a jamais voulu dire qu'il s'agit d'une simple transsudation, et il a tenu à marquer le rôle qu'il attribuait à l'état de l'amnios, de la peau du fœtus, etc.

Et, à l'avenir, il faudra, dans les cas analogues à ceux qu'il a observés, fixer particulièrement son attention sur les états pathologiques du placenta et des membranes.

R. L.

Quelques mots sur la protection du périnée (Einige Wörte über den Dammschutz). Toff, *Münch, med. Wochensch.*, mars 1907, p. 524.

« La protection vraie du périnée consiste à faire que la tête fœtale se dégage dans la mesure du possible, suivant les diamètres les plus favorables. Dans ce but, il est avant tout nécessaire de *lutter contre la déflexion prématurée de la tête fœtale, tout en aidant toute la partie occipitale à se porter aussi loin que possible en avant, jusqu'à ce que la partie molle de la nuque corresponde à l'arcade pubienne.* A ce moment, on laisse la déflexion se produire, et l'on peut encore, par compression de cette partie molle de la nuque, réduire les diamètres successifs. « De cette façon, écrit l'auteur, sans soutien direct du périnée, on arrive à prévenir toujours les déchirures périnéales ou du moins à les ramener à être des éventualités exceptionnelles. Depuis quatre années que j'applique cette méthode, bien qu'ayant fait de nombreux accouchements, je n'ai pas eu une seule déchirure du périnée. »

Technique. — L'accoucheur étant à droite du lit, debout ou assis, le visage vers la parturiente, il applique sur la tête fœtale, dès qu'elle se montre dans l'espace vulvaire, la paume de la main, l'extrémité des doigts étant dirigés vers la symphyse. A chaque contraction, et un peu plus tard dans l'intervalle des douleurs, insinuant les doigts sous l'arcade pubienne, il s'applique à ramener de plus en plus en avant de la symphyse toute la région fœtale, occipitale osseuse, tandis que, par la pression exercée à l'aide de la paume de la main, il maintient la flexion de la tête de l'enfant. Mais, quand l'occiput est complètement en avant de la symphyse, que seule, la partie molle de la nuque est en contact avec l'angle pubien, il laisse la déflexion se produire, et se dégager successivement le front, la face, le menton ; il est utile, au cours de cette déflexion, de refouler encore la région fœtale autour de laquelle la déflexion s'accomplit

plus étroitement contre l'angle sous-pubien, ce qui a pour effet de réduire les diamètres dangereux.

R. L.

Sur les propositions de réformes de la situation des sages-femmes et sur la lutte contre la fièvre puerpérale. E. Ekstein, *Samml. klin. Vorträge*, 1906, n° 432 (Ser. XV, Hft. 2).

Monographie justifiée par la morbidité et la mortalité par infection puerpérale relativement élevées que démontrent les statistiques pour la pratique obstétricale privée : *D'après les chiffres de Weindler et d'autres auteurs*, 7 *à* 8.000 *femmes meurent, chaque année, en Allemagne de fièvre, puerpérale;* mortalité qui fait un vif contraste avec la mortalité faible des Maternités. Les principales idées émises par Ekstein sont : *a*) il faut, partout où il existe des hôpitaux, créer à côté, des maisons d'accouchements, où les femmes pauvres trouveront, pour accoucher en sécurité, toutes les conditions nécessaires de milieu et de personnel; *b*) la qualité actuelle des sages-femmes est en général tout à fait au-dessous de ce qu'elle doit être pour lutter avec avantage contre la « fièvre puerpérale »; il faudrait pouvoir les recruter dans un milieu plus cultivé, elles devraient être aptes à s'assimiler les notions d'hygiène, de physiologie, d'embryologie, d'histologie, etc., nécessaires; *c*) il convient d'instruire le public, celui des femmes en particulier, de ce qu'est la « fièvre puerpérale », de ses causes, etc.; *d*) enfin, les efforts doivent être unanimes et dominés par la devise : *Gravidarum, parturientium et neonatorum salus, suprema lex!*

R. L.

Du processus de transformation de la colonne vertébrale pendant le développement fœtal (Zum Unformungprocess der Wirbelsäule während der fötalen Entwicklung), E. Falk. *Berl. klin. Wochensch.* 1907, n° 95, p. 1450.

Ce travail peut être considéré comme une des parties de celui, beaucoup plus général, que nous analysons plus loin. Falk étudie ici le processus de transformation de la colonne vertébrale toujours en se basant sur les constatations faites sur de très nombreuses pièces d'embryons et de squelettes de fœtus, sous le rapport des transformations et des fusionnements plus ou moins importants qui se produisent au niveau des segments lombo sacro-coccygiens de la colonne vertébrale (transformation partielle ou complète soit d'une vertèbre lombaire ou coccygienne en vertèbre sacrée, ébauche plus ou moins complète du bassin par assimilation ou désassimilation, situation plus ou moins élevée du promontoire, hauteur variable du sacrum, etc.) et de l'os iliaque.

Or, l'auteur trouve ici en action, de façon prépondérante, les mêmes influences qui règlent le développement et la forme du bassin du nouveau-né : énergie, direction d'accroissement, développement normal ou non des points d'ossification.

R. L.

De l'importance de la bactériologie puerpérale (Ueber den Werth der puerperaley Backteriologie), P. Mansfeld. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIII, Hft. 3, p. 621.

Les recherches bactériologiques qui documentent cette monographie ont été faites à l'*Universats-Frauenklinik* de Budapest (professeur Taufer), à l'occasion de quelques cas graves de fièvre puerpérale observés durant le semestre d'hiver 1905, et pour répondre au *desideratum* formulé dès 1905 par Bumm et Sigwart pour une différenciation des streptocoques. Les recherches de Mansfeld, dont il donne les détails et la technique, ont porté sur : *a*) 40 accouchées apyrétiques, et *b*) 14 accouchées ayant eu de la fièvre.

a) *Accouchées apyrétiques.* — 1° Les lochies *utérines* des 40 accouchées apyrétiques contenaient au quatrième et cinquième jour des suites de couches des *germes* dans 60 p. 100 des cas, des streptocoques dans 22,5 p. 100.

2° La marche des suites de couches fut identique dans les deux éventualités (qu'il y eût ou non de germes).

3° Le cinquième jour des suites de couches il y avait deux fois autant de germes que le quatrième jour.

4° Le nombre des examens internes, la durée du travail, la marche de la délivrance n'expliquent pas la présence ou l'absence des germes; mais, *dans les cas où la main fut introduite dans l'utérus, jamais l'utérus ne demeura stérile.*

5° La méthode en stries est insuffisante dans les cas apyrétiques à renseigner sur le contenu bactériologique de l'utérus.

On peut considérer la prise des lochies comme non dangereuse, mais non comme indifférente.

b) *Accouchées avec fièvre.* — L'auteur les groupe suivant la classification suivante : 1° fièvre un jour ; 2° fièvre légère qui ne dura jamais quatre jour ou qui ne s'éleva qu'une seule fois à 39° ; 3° fièvre grave qui se prolongea au-delà de quatre jours (12 cas de fièvres graves, 2 de fièvres légères).

1° Dans un cas où la fièvre était d'origine extra-génitale, les lochies étaient stériles.

2° Dans tous les cas de fièvre puerpérale, la quantité en germe se manifesta d'abord par ce fait que même les cultures en stries contenaient beaucoup de germes, jamais elles ne furent stériles.

3° Les cas *légers* laissèrent mettre en évidence des infections mixtes, streptocoques et bacilles.

4° Les *fièvres puerpérales graves* contenaient des *streptocoques en cultures pures.*

Ces résultats montrent l'importance diagnostique de l'analyse bactériologique des lochies utérines.

R. L.

De l'utérus sénile, particulièrement de l'état des artères dans cet organe (Ueber den Uterus sinilis, inshesondere das Verhalten der Arteriallen in demselhen) E. Fraenkel. *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXXIII, Hft. 3, p. 640.

Encouragé par les résultats que lui avait donnés l'utilisation des rayons de Rœntgen à l'étude des trompes, l'auteur les a utilisés à l'étude de certaines particularités histo-pathologiques de l'utérus sénile, car ce n'est guère qu'à partir de 60 ans, et de plus en plus nettement à mesure que l'âge augmente, que la radiographie donne des résultats. Les altérations anatomiques que la radiographie a permis de voir sont des altérations artérielles (calcification) surtout marquées dans les segments des artères utérines qui avoisinent les bords de la matrice, etc.

Par mes recherches poursuivies méthodiquement sur un très grand nombre d'utérus séniles, je crois avoir démontré, écrit l'auteur, que les altérations histologiques révélées par la radiographie, sont les effets d'*un processus tout à fait spécial*, consistant essentiellement dans une *nécrose de la tunique moyenne des artères avec calcification consécutive*, et qui produit un état des plus fréquents sur les utérus des femmes âgées.

En ce qui concerne les veines, sauf quelques phlébolithes, attribuables à un processus thrombosique, et nettement mises en évidence par la radiographie, l'auteur n'a constaté, et encore de façon isolée, dans des veines intra-utérines que quelques obstructions vasculaires sans d'ailleurs aucune altération des parois.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Développement et forme du bassin fœtal (Die Entwicklung und Form des fötalen Beckens). E. Falk, 1908.

L'auteur s'est efforcé, à l'exemple de Litzmann, par l'étude du développement intra-utérin, d'élucider la question des conditions productives de la forme du bassin fœtal et des troubles qui surviennent dans sa formation. Il a employé à cette étude environ 110 produits de conception allant de la 8e semaine jusqu'au développement intra-utérin complet (mensurations en particulier très exactes de 41 embryons ou fœtus âgés de plusieurs semaines à 6 mois et de 34 fœtus appartenant à la seconde moitié de la gestation); la radiographie fut utilisée pour l'étude des points d'ossification, etc. Le plan général de ce laborieux et intéressant travail est: ordre des recherches, mensuration du bassin, développement morphologique général du bassin, variétés dans le déve-

loppement (différences d'après le sexe), développement des différentes pièces du bassin ; bassin du nouveau-né, formes pathologiques du bassin.

« Si des résultats de ce travail, écrit l'auteur, nous voulons tirer des conclusions relativement aux causes qui régissent la forme du bassin des nouveau-nés, et si nous nous demandons quelles conditions sont prédominantes dans la production non seulement du type pelvien normal, mais encore des formes pelviennes pathologiques, autant que la cause directrice et formatrice agit dans le moment du développement intra-utérin, nous ne pouvons accorder une influence directrice qu'à la 1[re] ébauche, à la faculté et à la direction d'accroissement des pièces du bassin, et à la dénier au contraire aux autres conditions qu'on a prises en considération (pression du tronc, résistance du bassin osseux et cartilagineux, tractions et pressions exercées par les muscles s'insérant sur le bassin).

Et même, relativement aux modifications morphologiques qui se produisent sur le bassin durant la vie extra-utérine, on a, dans tous les traités, exagéré beaucoup l'action du poids du tronc. L'abaissement du promontoire est en particulier moins influencé par des actions mécaniques que par la *direction de l'accroissement* (Wachstumsrichtung) du corps de l'os iliaque ; car, déjà dans le dernier temps de la vie intra-utérine, on peut s'assurer que la surface proximale de la 1[re] vertèbre sacrée est basse. De même, la position variable des os iliaques dans les bassins par assimilation n'est pas commandée par le poids du tronc, car j'ai démontré, que déjà dans la vie intra-utérine, les épines iliaques supérieures et postérieures peuvent être à une hauteur variable, et que cela tient à une apposition variable de niveau de l'os iliaque au sacrum, etc. Par la faculté d'accroissement et par sa direction se produisent le plus grand nombre des formes pathologiques du bassin (bassin oblique ovalaire, bassin plat, bassin par assimilation). Et si nous faisons entrer en ligne de compte *l'énergie d'accroissement influencée par une irrégularité ou un arrêt de développement des points d'ossification*, il nous est possible d'expliquer le développement de la forme normale et les altérations pathologiques du bassin des nouveau-nés, par une direction d'accroissement spécifique et par une énergie d'accroissement normale ou pathologiquement influencée. »

Au résumé, pour l'auteur, force et direction d'accroissement naturelles, développement normal des points d'ossification, tels seraient les facteurs vrais de l'édification du bassin du nouveau-né.

R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL



Nos lecteurs trouveront ci-jointe une table alphabétique *complète* des matières contenues dans le tome IV (1907). Nous les prions de la substituer à celle du numéro de décembre 1907 (pages 761-762), qui ne contient que les travaux détaillés dans la table par noms d'auteurs (pages 763-764).

…UE

…LE TOME IV

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME IV

REVUES CLINIQUES

REVUES GÉNÉRALES

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE ANALYTIQUE

BIBLIOGRAPHIE

VARIA

NÉCROLOGIE

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, rue Notre-Dame de-Lorette.

Canal...

TABLE ALPHABÉTIQUE (1)

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME IV

(1) Pour : *mémoires originaux, revues cliniques, revues générales, thérapeutiques gynécologiques, sociétés savantes, revues analytiques* (*sauf analyses isolées*), *bibliographie, index, consulter l'autre table.*

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

DIRECTEURS :

PINARD
Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine. Membre de l'Académie de médecine.

TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine. Membre de l'Académie de médecine.

Paul SEGOND
Professeur à la Faculté de médecine. Chirurgien de la Salpêtrière.

Rédacteurs en chef :

Dr H. HARTMANN
Professeur agrégé à la Faculté. Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Dr A. COUVELAIRE
Professeur agrégé à la Faculté. Accoucheur des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :

Dr K. Labusquière.

XXXIVe ANNÉE. — DEUXIÈME SÉRIE. — TOME IV

DÉCEMBRE 1907

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 6e

Les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* ont été fondées en 1873 par PAJOT, COURTY, GALLARD et Alb. LEBLOND. — Elles sont donc actuellement dans leur 35e année. Les *Annales* paraissent chaque mois, par fascicule d'au moins 64 pages, et forment, chaque année, un volume d'environ 800 pages. — Le 1er numéro de chaque trimestre contient un index bibliographique, dont les matières sont classées méthodiquement en paragraphes, de façon à faciliter les recherches.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris, **18** fr. — Pour les Départements, **20** fr.
Pour l'Union postale, **22** fr.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco :*

A M. le Dr **Hartmann**, 4, place Malesherbes, pour la *partie gynécologique*; à M. le Dr **Couvelaire**, 29, rue Pierre-Charron, pour la *partie obstétricale*; — ou aux bureaux du journal chez l'éditeur.



RENOUVELLEMENT D'ABONNEMENT

Bulletin à détacher et à envoyer

à la Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne (PARIS-VIe)

Je soussigné..

demeurant à..

....

vous envoie sous ce pli / par mandat international *la somme de*..

pour le renouvellement de mon abonnement aux **ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE** *pour l'année 1908.*

(Signature)

Prix de l'abonnement :

Paris	**18f**
Départements	**20f**
Union postale	**22f**

On peut s'abonner **sans frais** dans tous les bureaux de poste et chez tous les libraires.

Sauf avis contraire, les abonnés *français* qui n'auront pas renouvelé leur abonnement avant le 5 janvier 1908, recevront à cette date, par les soins de la poste, une quittance du montant de l'abonnement : 18 fr. pour les abonnés de Paris, 20 fr. pour les abonnés des départements.

BÉRIEL. — Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte. — Un vol. in-16 de 346 pages avec 22 figures dans le texte et une planche en couleur. Prix. . . . . 4 fr.

BELOT. — Traité de radiothérapie. *Deuxième édition*, revue et corrigée. Préface de M. Brocq, médecin de l'hôpital Broca. Un vol. in-8 raisin de 628 pages, avec 28 figures dans le texte et 13 planches. Prix cartonné. 15 fr.

BRANDEIS (R.). — L'Urine normale et pathologique (Technique urologique appliquée au diagnostic). Un vol. petit in-16 de 312 pages, avec 85 figures dans le texte et 4 planches hors texte en couleur. Prix. . 4 fr.

BERGER et HARTMANN. — Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale.

Chirurgie orthopédique, par PAUL BERGER, professeur à la Faculté de Médecine, et S. BANZET, chef du laboratoire de médecine opératoire à la Faculté. Un vol. grand-jésus de 624 pages, avec 489 figures dans le texte. Prix . . . . 20 fr.

La Rhinoplastie, par CH. NÉLATON, professeur agrégé à la Faculté, et OMBRÉDANNE, chirurgien des hôpitaux. Un vol. de 438 pages, avec 391 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

Les Autoplasties (lèvres, joues, oreilles, tronc, membres), par CH. NÉLATON et OMBRÉDANNE. Un vol. grand-jésus de 200 pages, avec 291 figures dans le texte. Paris. . . . . 10 fr.

Chirurgie du système nerveux (crâne et encéphale, rachis et moelle, nerfs), par G. MARION, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. de 530 pages avec 320 figures dans le texte. Prix . . . . 18 fr.

Chirurgie des Organes génitaux urinaires de l'homme, par H. HARTMANN, professeur agrégé à la Faculté. 1 vol. de 432 pages, avec 412 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

Chirurgie de l'œil et de ses annexes, par M. TERRIEN (Félix), ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté. In-8 de 440 pages avec 311 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

Chirurgie oto-rhino-laryngologique (oreille, nez, sinus de la face, pharynx, larynx et trachée), par GEORGES LAURENS, ancien assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 976 pages avec 470 figures dans le texte. Prix . . . . 30 fr.

BEZANÇON (F.) et LABBÉ (M.). — Traité d'hématologie. Un vol. in-8 grand-jésus de xx-960 pages, avec 126 figures et 9 planches en couleurs, d'après les aquarelles de M. LABBÉ. Prix . . . . 25 fr.

BOUCHARD (Ch.). — Traité de radiologie médicale. 1 vol. grand in-8 jésus de 1100 pages, avec 357 figures et 7 planches hors texte. Prix. 30 fr.

CHAMPETIER DE RIBES et VARNIER. — Étude anatomique sur l'insertion vicieuse du placenta (*Coupes après congélation*). Un atlas in-folio raisin, comprenant 7 planches en phototypie grandeur nature et texte explicatif avec figures. Prix . . . . 25 fr.

EICHHORST. — Traité de diagnostic médical. Traduit et annoté sur la 4e édition allemande par les docteurs **A.-B. Marfan**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, et **Léon Bernard**, médecin des hôpitaux. *Troisième édition française*, in-8 jésus de 880 pages, avec 288 figures en noir et en couleur et 4 planches hors texte en couleur. Prix . . . . 20 fr.

GUILLEMINOT (H.). — Électricité médicale. Un vol. in-16 de xii-612 pages, avec 76 figures dans le texte et 8 planches hors texte en couleur. Prix cartonné . . . . 10 fr.

HERTWIG (O.). — Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés. Traduit sur la 2e édition allemande par L. MERCIER, chef des travaux de zoologie à la Faculté des sciences de Nancy. Préface du professeur A. PRENANT. Un vol. in-8 raisin de 534 pages, avec 373 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

G. Steinheil, ÉDITEUR, 2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, PARIS (VIe)

VIENT DE PARAITRE

Éléments d'Obstétrique

PAR

Le Dr V. WALLICH

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

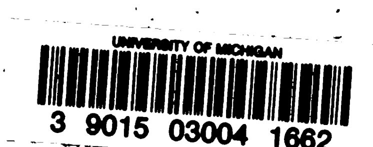
Un volume in-16 de 660 pages, avec un atlas de 88 figures.

Prix, cartonné . . . . 8 francs.


Seuls Topiques
de ce genre
à Vente
réglementée
assurant
aux Pharmaciens
un Bénéfice
obligatoire
TOPIQUES CHAUMEL
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTERINS
PESSAIRES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES
OVULES CHAUMEL
à la GLYCERINE SOLIDIFIÉE
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
à la glycérine solidifiée
Dépôt Central : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.
Détail : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS.

TABLE DES MATIÈRES

Paris. Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 03004 1662

